

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.001

坦索罗辛联合金匱肾气丸治疗前列腺增生伴勃起功能障碍疗效观察

张翼¹ 刘保兴^{2△}

1 石家庄市第三医院泌尿外科, 石家庄 050011

2 中日友好医院男科, 北京 100029

【摘要】目的:观察坦索罗辛联合金匱肾气丸对前列腺增生(BPH)伴有勃起功能障碍(ED)的治疗效果。方法:102例BPH伴有ED(肾虚证)的患者,随机分为联合治疗组和坦索罗辛组。联合治疗组52例,给予口服坦索罗辛(0.2mg/d)联合金匱肾气丸(10g/d)治疗;对照组50例采用坦索罗辛(0.2mg/d)治疗,疗程3个月。治疗前后采用国际前列腺症状评分(IPSS)和国际勃起功能指数(IEEF-5)评分评价疗效。结果:治疗3个月后两组IPSS评分均显著降低、联合治疗组IEEF-5评分显著增加($P < 0.05$);坦索罗辛组IEEF-5评分无显著变化($P > 0.05$)。结论:坦索罗辛联合金匱肾气丸可显著改善BPH伴有ED症状。

【关键词】坦索罗辛;金匱肾气丸;前列腺增生;勃起功能障碍

The curative effect of tamsulosin combined with Jinkuishenqi pill in treating patients with benign prostatic hyperplasia coexisting with erectile dysfunction ZHANG Yi¹, LIU Baoxing^{2△}. 1. Department of Urology, the Third Hospital of Shijiazhuang, Shijiazhuang 050011, China; 2. Department of Andrology, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China

【Abstract】 **Objectives:** To observe the efficacy of tamsulosin combined with Jinkuishenqi pill in the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) coexisting with erectile dysfunction (ED). **Methods:** 102 BPH patients coexisting with ED (kidney deficiency syndrome) were enrolled and randomly divided into two groups. 52 patients received tamsulosin 0.2mg/day combined with Jinkuishenqi pill (10g/day, 50 patients only received tadalafil 0.2mg/day. The clinical efficacy was evaluated by using International Prostatic Symptom Score (IPSS) and International Index of Erectile Function score (IEEF-5), before and after the treatment. **Results:** A significant improvement in IPSS score was observed in all the two groups. IIEF-5 score increased significantly in combination therapy group, while there was no significant improvement in tamsulosin group. **Conclusions:** In patients with BPH coexisting with ED, tamsulosin combined with Jinkuishenqi pill treatment can effectively improve LUTS and erectile function.

【Key words】 Tamsulosin; Jinkuishenqi pill; Benign prostatic hyperplasia; Erectile dysfunction

【中图分类号】 R277.52

【文献标志码】 A

伴有下尿路症状的良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)是老年男性常见病,而且部分病人合并勃起功能障碍(erectile dysfunction, ED), BPH和ED密切相关。针对BPH合并ED病人的药物治疗,临床上通常采用 α -受体阻滞剂、5 α -还原酶抑制剂和PDE5抑制剂,由于部分患者顾虑5 α -还原酶抑制剂可导致性功能障碍以及PDE5抑制剂的头痛等不良反应,无法采用上述治疗。坦索罗辛是选择性的 α -受体阻滞剂,是常用治疗BPH一线药物,还有轻微的改善ED的作用。中医认为老年BPH和ED的主要证型是肾阳虚证,而金匱肾气丸是治疗肾阳虚证的经典方药。我们采用坦索罗辛联合金匱肾

气丸治疗BPH合并ED,现报告如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象及分组

2011年3月至2013年1月我院门诊连续就诊的轻中度BPH伴有ED的患者102例,主诉典型的BPH相关的下尿路症状(lower urinary tract symptoms, LUTS)和勃起功能障碍。年龄45~65岁,平均58.2岁;病程6个月至5.5年,平均3.5年。纳入标准:(1)国际前列腺症状评分表(IPSS):0~19分;(2)国际勃起功能指数问卷5(IEEF-5):8~21分;(3)符合《中医病证诊断疗效标准》中肾阳虚证的诊断标准。所有病例排除:(1)泌尿系结石、前列腺癌或神经源性膀胱;(2)严重的心脑血管疾病、糖尿病、肝肾功能不全、性腺机能减退等疾病;(3)精神疾患;(4)体位性低血压患者。两组患者治疗前,年龄、内科合并症、最大尿流率、前列腺体积、IPSS评分、IEEF-5评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

【基金项目】北京市自然科学基金(7102140)。

【第一作者简介】张翼(1970-),男,副主任医师,主要从事泌尿外科和男科临床工作。

△【通讯作者】刘保兴,副主任医师、博士后, E-mail: liubx66@163.com

表 1 两组基线情况

组别	年龄	内科合并症例数	最大尿流率 mL/s	前列腺体积 mL	IPSS 评分	IIEF - 5 评分
联合治疗组	56.8 ± 7.7	11	12.8 ± 3.1	25.2 ± 7.2	14.7 ± 4.5	14.9 ± 4.1
坦索罗辛组	54.2 ± 8.6	9	11.9 ± 2.8	23.7 ± 8.5	15.2 ± 3.7	15.3 ± 3.9

1.2 分组及治疗方法

102 例 BPH 伴有 ED(肾阳虚证)的患者,按照随机数字表法将患者随机分为联合治疗组和坦索罗辛组。联合治疗组 52 例,给予口服坦索罗辛(日本山之内制药生产,0.2mg/d)联合金匱肾气丸(北京同仁堂制药厂,5g/次,2 次/d)治疗;坦索罗辛组 50 例,采用坦索罗辛(0.2mg/d)。疗程 3 个月。

1.3 疗效评价

治疗前后采用国际前列腺症状评分(I - PSS)和国际勃起功能指数(IIEF - 5)评分评价疗效。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 11.0 统计学软件进行统计学处理,两组间计量资料采用 *t* 检验,*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

和治疗前相比,治疗 3 个月后联合治疗组和坦索罗辛组 I - PSS 评分均显著改善(*P* < 0.05),联合治疗组 I - PSS 评分改善优于坦索罗辛组(*P* < 0.05)。坦索罗辛组 IIEF - 5 评分无显著改善(*P* > 0.05),而联合治疗组 IIEF - 5 评分显著改善(*P* < 0.05)。见表 2。所有患者治疗后未出现体位性低血压及逆行射精。

表 2 两组治疗前后 I - PSS 评分和 IIEF - 5 评分

组别	<i>n</i>	I - PSS		IIEF - 5	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合治疗组	52	14.7 ± 4.5	8.4 ± 3.2 ^{*#}	14.9 ± 4.1	18.3 ± 3.1 ^{*#}
坦索罗辛组	50	15.2 ± 3.7	11.9 ± 2.6 [*]	15.3 ± 3.9	16.4 ± 3.8

注: * 与治疗前比较,*P* < 0.05; # 与坦索罗辛组比较,*P* < 0.05

3 讨论

我国正在逐渐步入老龄化社会,BPH 患者的发病率随着年龄的增长而增加,从 40 岁以后开始,到 60 岁时大于 50%,80 岁时高达 83%^[1]。患有 ED 的老年人也在增加,据 WHO 估计在 2002 年全世界大约有 1.5 亿老年男性患有 ED,到 2050 年这个数字将达到 3.2 亿^[2];金重睿等^[3]研究结果显示 ED 的程度与 LUTS 的严重程度有相关性,87.27% BPH 患者中合并有 ED。张凯等^[4]研究发现:已患有 ED 的男性其勃起功能在 50 岁后减退更显著,且 60 岁以上者进一步显著降低。说明随着年龄增加,BPH 和 ED 症状更加严重。

BPH 的治疗方法,分为等待观察、药物治疗、手术治疗。ED 的治疗方法包括口服 PDE5 抑制剂、阴茎海绵体内注射血管活性药物与外科手术等,但口服药物仍是 ED 患者一线治疗方法^[5]。对轻、中度 BPH 合并 ED 的患者,临床上常选用 α - 受体阻滞剂、5α - 还原酶抑制剂及 PDE5 抑制剂治疗,但是老年患者往往合并其他内科疾病,或者长期口服硝酸酯类药物,或者担心 ED、低血压等副作用,造成部分患者不能及时治疗。

坦索罗辛是超选择性的 α - 受体阻滞剂,可显著改善下尿路症状。但坦索罗辛是否可以改善 LUTS 患者勃起功能尚无一致结论。文献显示:单独应用坦索罗辛 0.2mg/d,4 周和 12 周后对勃起功能无明显改善^[6]。而另有文献显示坦索罗辛可显著改善 LUTS 患者勃起功能、性欲及性交满意度^[7]。而坦索罗辛 0.4mg/d 对勃起功能改善优于 0.2mg/d^[8]。我们的研究显示:坦索罗辛组的 IIEF - 5 的分数由治疗前的 15.3 分提高到 16.4 分,但无显著差异,这可能与患者下尿路症状改善和夜尿次数减少、生活质量提高及其直接松弛阴茎海绵体平滑肌有关^[9]。阴茎海绵体平滑肌舒张在阴茎勃起过程中发挥重要作用,α -

受体异常活化可导致阴茎疲软。α - 受体阻滞剂可能会打破扩张充血后的阴茎海绵体的血管平滑肌的收缩和舒张平衡,α - 受体阻断后血管收缩延迟,从而改善 ED^[10],我们的研究也证实了这一点。为了提高对 LUTS 和 ED 的治疗效果,我们联合应用了金匱肾气丸。祖国医学认为 BPH 发病机制为“肾气衰,瘀结生”,老年患者 ED 的主要病机为“肾虚血瘀”;因此针对 BPH 合并 ED 可采用温补肾阳的治法。金匱肾气丸是治疗肾阳虚证经典方药,主治虚劳腰痛、少腹拘急,小便不利。临床研究表明金匱肾气丸可显著改善尿频、尿急及夜尿增多等储尿期症状,临床并且具有抗逼尿肌衰老及改善夜尿次数的作用^[11,12]。同时,该药可显著提高中老年男性部分雄激素缺乏综合征患者 IIEF 评分,改善勃起功能^[13]。

本文的研究结果表明,对于肾阳虚证的轻、中度 BPH 合并 ED 患者,低剂量的坦索罗辛联合金匱肾气丸可显著改善下尿路症状和勃起功能,且无明显不良反应,值得在临床推广。

参 考 文 献

[1] Gu FL, Xia TL, Kong XT. Preliminary study of frequency of benign prostatic hyperplasia and prostatic cancer in China. *Urology*, 1994, 44(5):688 - 691.

[2] Heaton JP, Morales A. Endocrine causes of impotence (nondiabetes) . *Urol Clin North Am*, 2003, 30(1):73 - 81.

[3] 金重睿, 徐月敏, 吴登龙, 等. 良性前列腺增生症状参数与性功能关系的临床分析. *中国男科学杂志*, 2008, 22(10):36 - 39.

[4] 张凯, 刘德风, 姜辉, 等. 不同年龄勃起功能障碍患者勃起功能的调查. *中国性科学*, 2014, 23(2):21 - 23.

[5] 李宏军. 勃起功能障碍的诊治进展与共识. *中国性科学*, 2011, 20(1):4 - 6, 22.

- [6] Ko K, Yang DY, Lee WK, et al. Effect of improvement in lower urinary tract symptoms on sexual function in men: tamsulosin monotherapy vs. combination therapy of tamsulosin and solifenacin. *Korean J Urol*, 2014, 55(9):608-614.
- [7] Shelbaia A, Elsaied WM, Elghamrawy H, et al. Effect of selective alpha-blocker tamsulosin on erectile function in patients with lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Urology*, 2013, 82(1):130-135.
- [8] Jo HW, Yoo DS, Ju HT, et al. Effect of patient-optimized doses of tamsulosin on erectile function in men with erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms. *Korean J Urol*, 2013, 54(2):100-105.
- [9] Rhoden EL, Riedner CE, Fornari A, et al. Evaluation of the associ-

ation between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction, considering its multiple risk factors. *J Sex Med*, 2008, 5(11):2662.

- [10] Anderson KE. Physiology of penile erection. *Physiol Rev*, 2001, 53(3):417.
- [11] 刘保兴,陈国宏. 金匮肾气丸治疗良性前列腺增生症合并逼尿肌不稳定 17 例. *中国中西医结合外科杂志*, 2013, 19(2):181.
- [12] 陈怀,王少丽,朱慧平,等. 金匮肾气丸联合常规西药治疗前列腺增生的临床研究. *临床合理用药*, 2013, 6(12B):47-49.
- [13] 车文骏,何小舟,经浩,等. 金匮肾气丸治疗中老年男性部分雄激素缺乏综合征的临床研究. *中华全科医师杂志*, 2007, 6(7):435-436.

(收稿日期:2015-01-15)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.002

经尿道前列腺电切术与双极等离子前列腺切除术对良性前列腺增生患者性功能影响的对比研究

杨玉恺¹ 李飞¹ 陆鲲¹ 周德雄¹ 胡东亮² 胡万里²

1 荆州市第二人民医院泌尿外科,湖北 荆州 434000

2 武汉大学中南医院泌尿外科,武汉 430000

【摘要】目的:评价经尿道前列腺电切术(TURP)与经尿道双极等离子前列腺切除术(PKRP)治疗良性前列腺增生对患者术后性功能的影响。**方法:**采用随机分组法将 2011 年 6 月至 2013 年 9 月我院收治的良性前列腺增生患者 156 例分成两组,各 78 例,分别给与不同手术方式。记录患者术后国际前列腺症状评分表(IPSS)及国际勃起功能指数评分表(IEF-5)的评分,同时观察术后患者阴茎勃起功能障碍、精液量减少及逆行射精的发生情况。**结果:**术后 6,9 个月两组患者 IPSS 评分较术前均有所下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);但组间 IPSS 评分均无明显差异($P > 0.05$)。术后 6,9 个月,PKRP 组 IEF-5 评分均高于 TURP 组($P < 0.05$),PKRP 组患者的 ED 发生率(7.69%)显著低于 TURP 组(24.36%)($P < 0.05$)。**结论:**与经尿道前列腺电切术相比,经尿道双极等离子前列腺切除术较经尿道电切术能够降低术后阴茎勃起功能障碍的发生率,对患者的性功能影响较小。

【关键词】 良性前列腺增生;经尿道前列腺电切除术;经尿道双极等离子前列腺切除术;性功能

Impact of minimally invasive surgery on the sexual function of patients with benign prostatic hyperplasia

YANG Yukai¹, LI Fei¹, LU Kun¹, ZHOU Dexiong¹, HU Dongliang², HU Wanli². 1. Department of Urology, Jingzhou Second People's Hospital, Jingzhou 434000, China; 2. Department of Urology, Wuhan University Zhongnan Hospital, Wuhan 430000, China

【Abstract】Objectives: To evaluate the postoperative sexual function of patients having received transurethral resection of the prostate (TURP) and bipolar plasma kinetic resection of the prostate (PKRP) for benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods:** 156 BPH patients who were treated in four hospitals from June 2011 to September 2013 were selected and divided into two groups randomly. Each group had 78 cases, and was given different surgical methods. The International Prostate Symptom Score (IPSS), the International Index of Erectile Function score (IEF-5), the incidence of erectile dysfunction, retrograde ejaculation and ejaculation reduce were observed. **Results:** Compared with those preoperative, the IPSS score 6 months and 9 months after operation of

the two groups decreased, with statistically significant difference ($P < 0.05$); difference in the IPSS scores was not significant between the two groups ($P > 0.05$). The IIEF-5 scores 6 months and 9 months after operate were higher in PKRP group than that in the TURP group ($P < 0.05$). The incidence of ED in the PKRP group (7.69%) was significantly lower than that in the TURP group (24.36%) ($P < 0.05$). **Conclusions:** Compared with transurethral resection of the prostate, bipolar plasma kinetic resection of the prostate can reduce the incidence of post-operative erectile dysfunction, and induce fewer adverse effects on the patient's sexual function.

[Key words] Benign prostatic hyperplasia; Transurethral resection of the prostate; Bipolar plasma kinetic resection of the prostate; Sexual function

[中图分类号] R697 **[文献标志码]** A

良性前列腺增生症 (benign prostate hyperplasia, BPH) 多发于中老年男性,常表现为排尿困难的症状。随着医疗水平的不断发展,较传统的开放性手术微创手术逐渐成为外科治疗良性前列腺增生症的常用方法。临床上采用的微创手术的术式多样,其中经尿道前列腺电切术 (transurethral resection of prostate, TURP) 是 BPH 外科治疗的金标准,但其仍有术中出血较多,电切综合征发生风险高,技术难度较大等缺点^[1],尤其是对于初学者来说较难掌握。经尿道双极等离子前列腺切除 (bipolar plasma kinetic resection of the prostate, PKRP) 是近几年泌尿科兴起的微创手术,其具有出血少、容易掌握、安全性高等优点^[2]。本文探讨了两种微创术式对良性前列腺增生症术后性功能的影响有否差异,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2011 年 6 月至 2013 年 9 月于我院手术治疗的 156 例良性前列腺增生症患者,采用随机数字表法分为经尿道前列腺电切组 (TURP 组) 和经尿道双极等离子前列腺切除两组 (PKRP 组),各 78 例。纳入标准: (1) 因尿频、夜尿增多、进行性排尿困难等症状在我院就诊的患者; (2) 经直肠彩色多普勒超声查诊断为 BPH^[3]; (3) 有明确的手术适应症; (4) 术后病理诊断为 BPH; (5) 患者及家属对该研究知情同意,并签署知情同意书。排除患有心、肝、肾等重要脏器有严重功能障碍的患者,排除有精神病史的患者,排除不适于经尿道前列腺切除术者。本研究中未出现不能完成手术的患者。

1.2 一般资料

两组患者年龄、病程及术前前列腺体积等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的一般资料比较

组别	n	年龄 (岁)	病程 (年)	前列腺体积 (cm ³)
PKRP 组	78	67.36 ± 9.52	4.39 ± 1.33	60.03 ± 9.12
TURP 组	78	68.23 ± 8.37	4.16 ± 1.29	59.81 ± 8.95
<i>t</i>		0.871	1.320	0.951
<i>P</i>		0.247	0.158	0.203

1.3 手术方法

两组微创术式均采用持续硬膜外麻醉,截石位。TURP 组采用德国 Wolf 公司生产的电切镜,电切功率 180 ~ 240W,电凝功率 60W,5% 甘露醇持续低压灌注。PKRP 组采用等离子体双

极电切系统 (英国 Gyms Medical),电切功率 120 ~ 160W,电凝功率为 40 ~ 80W,采用 0.9% 生理盐水为灌注液。两组患者手术均由组成本研究小组的专家及医护人员完成,采用同样的手术步骤:直视下将电切镜置入尿道,观察精阜的位置、形态,明确前列腺增生的部位与大小及膀胱颈部、三角区、各壁的情况。切除顺序为中叶、左右侧叶,再修整尖部,切平后尿道。术后常规留置三腔气囊尿管并冲洗膀胱。

1.4 观察指标

于术前及术后 6、9 个月采用国际前列腺症状评分表^[4] (international prostate symptom score, IPSS) 评价患者前列腺的症状情况,采用国际勃起功能指数评分简表^[5] (international index of erectile function, IIEF-5) 对患者的勃起情况进行评价,IIEF-5 总分 ≤ 21 则评估为阴茎勃起功能障碍 (erectile dysfunction, ED)。同时统计患者术后 9 个月患者勃起功能障碍发生情况、是否发生逆行射精及射精量减少。逆行射精是指性生活达到高潮有射精的感觉,而无精液排出体外,但性交后尿液送检能发现精子。所有量表及问卷采用匿名填写。

1.5 统计分析

采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计分析,结果以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,计量资料用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 IPSS 评分比较

两组患者术前及术后 6、9 个月时采用 IPSS 量表评价患者前列腺的症状情况发现,术前两组患者的 IPSS 评分无明显差异 ($P > 0.05$),术后 6、9 个月两组患者 IPSS 评分较术前均有所下降,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);但组间在术后 6、9 个月 IPSS 评分均无明显差异 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 手术前后两组患者 IPSS 评分

组别	<i>n</i>	术前	术后 6 个月	术后 9 个月
PKRP 组	78	26.49 ± 7.51	5.73 ± 1.87 *	3.63 ± 1.24 *
TURP 组	78	27.03 ± 7.82	6.11 ± 2.05 *	4.15 ± 1.60 *

注: * 表示与术前相比, $P < 0.05$

2.2 两组患者 IIEF-5 评分情况

两组患者术后 6、9 个月 IIEF-5 评分较术前均有所下降,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),且 TURP 组下降的更明显 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者手术前后 IIEF-5 评分

组别	n	术前	术后 6 个月	术后 9 个月
PKRP 组	78	20.31 ± 1.51	18.52 ± 1.17 *	18.24 ± 1.58 *
TURP 组	78	19.85 ± 1.72	17.21 ± 2.01 *#	16.49 ± 1.02 *#

注: * 表示与术前相比, $P < 0.05$; # 与 TURP 组相比, $P < 0.05$

2.3 患者勃起功能及射精情况

两组患者均于手术 9 个月后评价其勃起功能障碍的发生率、射精情况, PKRP 组 ED 的发生率显著低于 TURP 组 ($P < 0.05$), 而逆行射精及精量减少的发生率在两组间无明显差异 ($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 术后患者 ED 及射精情况比较

组别	n	ED	精液量减少	逆行射精
PKRP 组	78	6 (7.69)	3 (3.85)	40 (51.28)
TURP 组	78	19 (24.36)	4 (5.13)	42 (53.85)
χ^2		12.033	1.927	1.503
P		0.000	0.183	0.231

3 讨论

BPH 是中老年男性的常见疾病, 是造成男性排尿困难的一个主要原因, 严重的患者会出现尿潴留及肾功能下降, 对患者的性功能也有一定影响^[6]。传统的开放式手术创伤大、术后并发症多、术后恢复缓慢。随着腔镜技术的发展, TURP 因其创伤小、恢复快、疗效确切可靠, 已被越来越多的良性前列腺增生患者所接受, 广泛应用于临床^[7,8]。而经尿道双极等离子前列腺切除术 (PKRP) 是近几年泌尿外科发展起来的一项新的双极电切技术。PKRP 不仅能达到 TURP 的治疗效果, 而且能最大限度的避免 TURP 常见并发症如出血量多、电切综合征风险大等缺点^[9,10]。近期研究^[2,11]发现 TURP 和 PKRP 均是治疗良性前列腺增生的有效手段, 但 PKRP 手术时间短、术中出血量少, 电切综合征发生率低, 安全性高。本研究中也发现两种手术方式的术后 6、9 个月两组患者 IPSS 评分较术前均有所下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 但组间 IPSS 评分均无明显差异 ($P > 0.05$), 这一结果亦说明二种微创手术对良性前列腺增生均有明确的疗效。

虽然微创治疗方法解决了传统手术的很多问题, 但临床研究表明经尿道前列腺切除术治疗前列腺增生的同时对患者的性功能产生了一定的影响^[12]。Wiser 等^[13]通过对 15 个临床试验的分析发现 TURP 术后约 10% 患者出现 ED, 该研究表明 PKRP 较 TURP 能显著改善患者的性功能障碍。而目前国内的一些研究发现各种前列腺切除术会对患者的性功能造成一定的影响, 并存在一定的危害性, 甚至引起术后阴茎勃起功能障碍^[14,15]。本研究发现两组患者术后 6、9 个月 IIEF-5 评分较术前均有所下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 这一结果说明这两种微创手术对患者术后的勃起功能产生了有害的影响, 其中 TURP 组下降得更明显 ($P < 0.05$), 这说明 PKRP 对患者的勃起功能危害较小。另外 PKRP 组患者的 ED 发生率 (7.69%) 显著低于 TURP 组 (24.36%) ($P < 0.05$)。以上结果均说明了 PKRP 较 TURP 对患者的术后性功能影响较小。

本研究发现 TURP 组患者术后 3.85% 的患者出现精液量减少, 51.28% 的患者出现逆行射精, PKRP 组术后 5.13% 的患

者出现精量减少, 53.85% 的患者出现逆行射精, 虽然在精量减少及逆行射精方面两组患者差异无显著性 ($P > 0.05$), 但逆行射精的发生率在两组均较高。考虑可能是两种手术方式损伤了膀胱颈的完整性, 在术中切除膀胱颈部腺体的过程中, 膀胱颈的正常结构及尿道内括约肌受到破坏, 从而导致术后膀胱颈不能正常关闭, 导致射精过程中精液向膀胱返流, 目前前列腺切除术出现的逆行射精尚无有效的预防及治疗方法。

综上所述, TURP 及 PKRP 两种微创手术作为治疗良性前列腺增生的有效治疗方法, 对患者的性功能均存在一定的影响, 但因其工作原理不同, PKRP 对机体的损伤更小, 较 TURP 能够降低患者术后 ED 的发生, 对患者术后性功能的影响小。另外无论何种微创手术在手术过程中在保证手术疗效的前提下应尽量保持膀胱颈的完整性, 减少其对射精功能的影响。

参考文献

- [1] Fagerstrom T, Nyman CR, Hahn RG. Complications and clinical outcome 18 months after bipolar and monopolar transurethral resection of the prostate. J Endourol, 2011, 25(6): 1043-1049.
- [2] 肖伟, 杨科, 吴万瑞, 等. 经尿道前列腺电切术与经尿道双极等离子电切术治疗良性前列腺增生的疗效比较. 中国性科学, 2012, 21(10): 20-23.
- [3] 王鸿雁, 姚刚亮, 袁泽. 经直肠彩色多普勒超声诊断前列腺增生. 实用医学杂志, 2013, 29(16): 2759-2760.
- [4] Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol, 1992, 148(5): 1549-1557, discussion 1564.
- [5] Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res, 1999, 11(6): 319-326.
- [6] 龙智, 何乐业, 张一川, 等. BPH 相关 LUTS 的临床特点及其对患者生活质量影响的研究. 中国男科学杂志, 2012, 26(9): 24-28.
- [7] 高绍青, 陈伟光, 黄长青. 经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生症的临床体会. 当代医学, 2011, 17(16): 61-62.
- [8] 宗焕涛, 彭晓霞, 杨称称, 等. 经尿道前列腺切除术对性功能影响的 Meta 分析. 中华男科学杂志, 2011, 17(11): 1014-1018.
- [9] 张宗平, 王安果, 刘照功, 等. 经尿道前列腺等离子切除与电切治疗良性前列腺增生术后性功能比较. 西部医学, 2012(11): 2154-2155.
- [10] 刘俊峰, 谭朝晖, 李三祥, 等. 经尿道双极等离子前列腺切除术与经尿道双极等离子电切术比较治疗前列腺增生的临床研究. 中国循证医学杂志, 2013, 13(12): 1405-1408.
- [11] 姜海, 温儒民. 经尿道前列腺电切术与等离子双极电切术的疗效对比研究. 中国性科学, 2012, 21(11): 8-10.
- [12] 银河. 经尿道前列腺切除术对性功能的影响. 医学综述, 2009, 15(21): 3273-3275.
- [13] Wiser HJ, Kohler TS. Sexual impact of treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. Curr Urol Rep, 2010, 11(4): 228-235.
- [14] 孙学国, 姜从梅, 钱辉军. 前列腺切除术影响性功能研究及危险因素评估分析. 中国性科学, 2014, 23(3): 9-11.
- [15] 胡啸天, 曾晓勇, 叶章群. 外科治疗对良性前列腺增生患者性功能的影响. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2012, 4(2): 118-120, 127.

(收稿日期: 2014-09-23)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.003

隔日小剂量他达拉非治疗 2 型糖尿病勃起功能障碍

邓天勤 谢雨莉 阮建波

暨南大学医学院附属东莞医院(东莞市太平人民医院)男科,广东 东莞 523905

【摘要】目的:探讨隔日小剂量他达拉非治疗 2 型糖尿病功能障碍的临床疗效及安全性。**方法:**110 例 2 型糖尿病功能障碍患者隔日口服他达拉非 5mg,共 8 周。采用国际勃起功能指数问卷(IIEF-5)评分、性生活日记中插入成功率和性交中成功保持勃起至完成性交的成功率、并辅助阴茎勃起硬度等级评定作为治疗前后疗效评价指标。**结果:**110 例患者勃起功能改善者为 81 例,有效率 73.6%;治疗后 IIEF-5 评分有显著提高;治疗后性生活日记中插入成功率和性交中成功保持勃起至完成性交的成功率明显增高;治疗后阴茎勃起硬度达到Ⅲ级以上有 81 例;治疗期间无明显不良反应发生。**结论:**长期隔日小剂量他达拉非可有效治疗 2 型糖尿病勃起功能障碍,且耐受性良好,可作为临床上一种经济有效的方法。

【关键词】 勃起功能障碍;他达拉非;2 型糖尿病;小剂量

Effect of tadalafil taken every other day in treating type II diabetes mellitus erectile dysfunction DENG Tianqin, XIE Yuli, RUAN Jianbo. Department of Andrology, Dongguan Affiliated Hospital of Medical School of Jinan University, Dongguan 523905, China

【Abstract】 Objectives: To evaluate the clinical efficacy and safety of tadalafil taken every other day in treating type II diabetes mellitus erectile dysfunction(DMED). **Methods:** 110 DMED patients orally took tadalafil of 5 mg every other day for 8 weeks, and were evaluated by international index of erectile function-5 score(IIEF-5), the sexual encounter profile(SEP 2 and 3) percentage and erectile hardness grading scale(EHGS) before and after the treatment. **Results:** After treatment, the situation of 81 patients were improved, an effectiveness rate of 73.6%(81/110); the scores of IIEF-5, SEP 2 and 3 percentage and EHGS were significantly improved; and no serious adverse reactions occurred during treatment. **Conclusions:** Long-term medication of tadalafil every other day is efficacious with good tolerance in the treatment of DMED, which is also economical and worthy promoting clinically.

【Key words】 Erectile dysfunction; Tadalafil; Type II Diabetes mellitus; Small-dose

【中图分类号】 R 698

【文献标志码】 A

勃起功能障碍(erectile dysfunction, ED)是糖尿病(diabetes mellitus, DM)的常见并发症之一,糖尿病患者 ED 发病率是一般人群的 3~6 倍^[1],严重影响患者及配偶的生活质量。5 型磷酸二酯酶抑制剂(phosphodiesterase type 5 inhibitors, PDE5-Is)是目前治疗 ED 的一线用药,但以往都为按需服药,近年出现了每日小剂量长期持续服用 PDE5-Is 治疗 ED 的报道,均取得了一定的疗效^[2]。我们在临床上采用隔日小剂量他达拉非治疗糖尿病性勃起功能障碍(diabetic mellitus erectile dysfunction, DMED),取得明显疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2012 年 2 月至 2014 年 2 月在我院男科门诊就诊的 2 型 DM 并发 ED 患者 110 例,年龄 33~60 岁,平均年龄 46.6 岁,均已婚,有固定性伴侣。DM 病程 5~15 年,平均 7.6 年,并 ED 1~5 年,平均 3.8 年。入选标准:糖尿病诊断符合 2007 年中国

2 型糖尿病防治指南公布标准,糖尿病史 1 年以上,血糖控制稳定,餐后 < 11.1 mmol/L、空腹 < 7.0 mmol/L,有固定的性伴侣。ED 的诊断采用国际勃起功能指数问卷 IIEF-5(International index of erectile function, IIEF-5)评分标准,且阴茎持续(至少 6 个月)不能达到和维持充分的勃起以获得满意的性生活。排除标准:70 岁以上者;合并服用硝酸酯类药物;6 个月内应用其他治疗手段及类似药物者;过去 6 个月有中风、心绞痛、心肌梗死病史者;低血压或有恶性高血压病史者;有明显损害勃起功能的生殖器解剖学畸形者;有其他的性功能异常(如性欲低下),且被认为是首要诊断者;严重生殖系统感染;泌尿生殖器手术及下腹部手术后发生的 ED;DM 急性并发症期间。

1.2 治疗方法

所有入选病例口服他达拉非片(cialis 美国礼来制药公司,批号:国药准字 H20090981),每次 5mg,隔天睡前 30min~1h,共 8 周,治疗结束后评估疗效。在治疗期间正常服用控制血糖的药物,不接受其他针对 ED 的治疗措施、治疗期间禁止服用其他对性功能有影响的药物,并保持原有的性生活频率。

1.3 观察指标

所有患者均在治疗前后行 IIEF-5 评分、患者性生活日记中插入成功率和性交中成功保持勃起至完成性交的成功率、并

【基金项目】广东省东莞市科技计划重点项目(2011105102020)。

【第一作者简介】邓天勤(1982-),男,主治医师、硕士研究生,主要研究方向为男性不育与性功能障碍。

辅助阴茎勃起硬度等级评定作为主要的疗效评价指标,同时评估药物治疗过程中出现的不良反应。其中 IIEF-5 评分标准:正常勃起 ≥ 22 分,重度障碍 ≤ 7 分,8~11分为中度障碍,12~21分为轻度障碍。采用勃起硬度级数(EHS)标准对资料治疗前后的阴茎勃起硬度进行评价:I级,阴茎只胀大但不硬;II级,硬度不足以插入阴道;III级,能够插入阴道但不坚挺;IV级,阴茎勃起坚挺。阴茎成功保持勃起至完成射精则判定为性交成功。

1.4 统计学分析

采用统计软件 SPSS 13.0 分析数据,计数资料采用 χ^2 ,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 表明具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后 IIEF-5 评分比较

本试验 110 例患者均完成治疗,其中勃起功能改善者为 81 例,有效率 73.6%;经 8 周治疗后,110 例患者治疗后 IIEF-5 评分比治疗前有提高,轻度及中度比较差异有显著性($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后 IIEF-5 评分

	轻度	中度	重度
治疗前	30	45	35
治疗后	51*	30*	29

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$

2.2 治疗前后阴茎插入成功率和保持勃起至完成性交的成功率

治疗前阴茎插入成功率为 39%,治疗后为 73.6%,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前保持勃起至完成性交的成功率为 7.2%,治疗后为 64.5%,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 治疗前后阴茎插入成功率和保持勃起至完成性交的成功率

	治疗前	治疗后
阴茎插入成功率	43(39.1)	81(73.6) Δ
性交成功率	8(7.3)	71(64.5) Δ

注:与治疗前比较, $\Delta P < 0.01$

2.3 治疗前后阴茎勃起硬度等级评分

治疗前阴茎勃起硬度达到 III 级以上有 43 例,经过 8 周治疗后,阴茎勃起硬度达到 III 级有 63 例,IV 级有 18 例,治疗前后差异比较具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 治疗前后阴茎勃起硬度等级

	I	II	III	IV
治疗前	19	48	43	0
治疗后	3	26	63	18

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$

2.4 不良反应

治疗过程中无严重不良反应,有 2 例患者出现面部潮红、1 例患者出现鼻塞、2 例患者出现轻微头疼及背痛情况外,无一例退出观察或停药。

3 讨论

ED 是 DM 后期最常见的并发症之一,表现为阴茎勃起硬度下降,随之出现晨勃次数减少和性交时发生勃起障碍^[3]。流行病学调查表明,1/3~1/2 的男性 DM 患者会伴发 ED,DM 人群的 ED 发生率约为 72.0%^[4],而在发生 ED 的患者中,40% 患有 DM^[5]。DMED 的发病机制涉及多方面,其中血管内皮功能障碍是 DMED 发病机制中重要原因之一^[6],长期高血糖水平,会对 DM 患者的血管内皮细胞损害,引起血管内皮细胞增生、血管壁增厚引起小动脉和毛细血管管腔的狭窄,导致小动脉硬化狭窄^[7],同时内皮损害所导致的 NO-cGMP 信号通路传导异常在 ED 的发病机制中起重要作用。

近年国内外研究发现,给予 ED 患者长期口服 PDE5-Is 可以改善内皮功能,并推测持续口服小剂量 PDE5-Is 可能是通过改善阴茎血管内皮功能和微循环,从而达到良好的远期疗效^[8]。对于长期规律的服用 PDE5-Is 所导致的阴茎勃起机制可能是进一步调节和改善内皮功能,诱导内皮型 eNOS 的活化,增强了乙酰胆碱诱导内皮依赖的海绵体反应,从而加强了勃起^[9]。他达拉非口服吸收不受饮食和酒精影响,具有长达 17.5h 的半衰期,服用他达拉非的有效治疗时间窗可长达 36h。他达拉非对 ED 治疗的有效性分析显示,他达拉非可以有效提高插入成功率和性交成功率,显著改善阴茎勃起功能^[10]。对此我们应用他达拉非隔日口服 5mg 治疗 DMED 的临床观察,取得良好的疗效。结果显示,小剂量他达拉非 5mg,隔日 1 次,8 周治疗后,DMED 的 IIEF-5 评分、阴茎插入成功率、保持勃起至完成性交的成功率和阴茎勃起硬度都有显著提高,且无明显不良反应。提示隔日小剂量他达拉非可明显改善 DMED 患者的 ED 症状,其临床有效率为 73.9%。这与国内其他学者采用 10mg 隔日^[11]或 5mg 每日^[12]治疗 DMED 的结果相似。他达拉非每日 5mg 可以明显改善保留性神经的前列腺癌根治术后患者的勃起障碍^[13],Choi 等^[14]研究显示他达拉非每日 5mg 或隔日 5mg 都可以有效改善 IIEF-5 评分、IPSS 评分及 SEPQ3 的成功率,认为隔日 5mg 他达拉非适合长期规律口服治疗 ED 合并 LUST 的患者。

本研究结果显示长期隔日口服 5mg 他达拉非治疗 DMED 是安全有效的,改善阴茎血管内皮功能,改变既往 PDE5-Is 按需服用方法,使患者避免机械的“服药-勃起-性生活尝试”的治疗模式,有助于降低患者对性活动的忧虑、提高性自信及性自尊;同样药物的持久有效使患者回归自然满意的性生活,提高生活质量,增进伴侣密切关系^[15]。另外,隔日 5mg 或 10mg 与每天 5mg 或 10mg,都可以改善患者的勃起,隔日 5mg 对长期口服治疗 ED 的糖尿病患者,可能是一种更经济的治疗方法,有利于降低患者的治疗费用。研究结果显示长期隔日小剂量 PDE5-Is 对 DMED 有较好疗效,为个体化治疗 DMED 提供新的思路,但仍需要大样本多中心循证研究。

参 考 文 献

[1] Cho NH, Ahn CW, Park JV, et al. Prevalence of erectile dysfunction in Korean men with type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*, 2005, 23 (2):198-203.

[2] 蔡健,武志刚,邓哲宪,等. 每日小剂量他达拉非口服三个月治疗 ED 的远期疗效观察. *中华男科学杂志*, 2011, 17(5):460-462.

[3] 刘涛,李维仁,辛钟成. 糖尿病性勃起功能障碍的发病机制及其治疗. *中国糖尿病杂志*, 2011, 19(4):311-313.

[4] 崔仁杰,傅强,包玉倩,等. 男性 2 型糖尿病与勃起功能障碍关系的临床研究. *中国男科学杂志* 2013, 27(2):29-32.

[5] Pohnholzer A1, Temml C, Mock K, et al. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire. *Eur Urol*, 2005, 47(1):80-85.

[6] 杨丕坚,吕以培,李舒敏,等. 糖尿病性勃起功能障碍与血管内皮功能的相关性. *中国老年医学杂志*, 2012, 32(12):5072-5073.

[7] 郭玉珊,黄海,鞠浩. 老年糖尿病患者勃起功能障碍的影响因素. *中国老年学杂志*, 2008, 28(12):1129-1130.

[8] Lee JW, Park HJ, Park NC. Serum high-sensitivity C-reactive protein levels and response to 5 mg Tadalafil once daily in patients with erectile dysfunction and diabetes. *Korean J Urol*, 2013, 54(12):

858-864.

[9] Behr-Roussel D1, Gorny D, Mevel K, et al. Chronic sildenafil improves erectile function and endothelium-dependent cavernosal relaxations in rats: lack of tachyphylaxis. *Eur Urol*, 2005, 47(1):87-91.

[10] 潘美洲,张刚,方舟,等. 他达拉非对勃起功能障碍治疗的有效性分析. *中国性科学*, 2014, 23(9):3-6.

[11] 杨念钦,郭剑明,王国民. 小剂量他达拉非治疗 II 型糖尿病勃起功能障碍. *中国男科学杂志*, 2013, 27(2):44-46.

[12] 朱金海,方军,左泽平,等. 小剂量持续服用他达拉非对糖尿病性勃起功能障碍的疗效观察. *安徽医药*, 2014, 18(6):1138-1140.

[13] 管建云,刘宇军,王家祥. 小剂量他达拉非治疗保留性神经的前列腺癌根治术后勃起功能障碍的探讨. *中国性科学*, 2014, 23(9):7-9.

[14] Choi H, Kim JH, Shim JS, et al. Comparison of the efficacy and safety of 5-mg once-daily versus 5-mg alternate-day tadalafil in men with erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms. *Int J Impot Res*, 2015(27):33-37.

[15] Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*, 2010, 57(5):804-814.

(收稿日期:2014-10-08)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.004

左氧氟沙星静滴联合精索注药治疗急性附睾炎的临 床疗效观察

李玉勤¹ 徐少华¹ 刘建² 叶军²

1 东莞市石碣医院泌尿外科,广东 东莞 523290

2 深圳市第六人民医院泌尿科,广东 深圳 518000

【摘 要】 目的:观察左氧氟沙星静滴与精索注药联合治疗方案在急性附睾炎治疗中的应用及效果。方法:选取我院 2012 年 6 月至 2014 年 6 月间 92 例急性附睾炎患者为研究对象,将其依据随机数字表法分为研究组与对照组,各 46 例。对照组给予左氧氟沙星静滴治疗,研究组给予左氧氟沙星静滴+精索注药治疗,观察两组的临床治疗效果。结果:研究组总有效率为 91.3%,对照组总有效率为 71.7%,研究组明显高于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义;研究组精子密度、精子活动率、a+b 活力均高于对照组,而精子畸形百分比低于对照组,数据比较差异有统计学意义($P<0.05$);研究组疼痛缓解时间和痊愈时间均明显的低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:临床中对于急性附睾炎患者应用左氧氟沙星静滴与精索注药联合治疗方案效果明显,能够提高临床疗效,减轻患者的疼痛,提高生殖能力。

【关键词】 急性附睾炎;左氧氟沙星;精索;静滴

Clinical efficacy of levofloxacin intravenous injection joint spermatic cord in the treatment of acute epididymitis LI Yuqin¹, XU Shaohua¹, LU Jian², YE Jun². 1. Department of Urology, Shijie Hospital of Dongguan City, Dongguan 523290, China; 2. Department of Urology, The Sixth People's Hospital of Shenzhen City, Shenzhen 518000, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the application of levofloxacin intravenous injection with the spermat-

ic cord and the effect of combination therapy in the treatment of acute epididymitis. **Methods:** 92 patients with acute epididymitis in our hospitals between June 2012 and June 2014 were selected and randomly divided into study group and control group, each of 46 cases. The control group received intravenous levofloxacin treatment, and study group received intravenous levofloxacin + spermatic cord injection therapy. The clinical effect was observed in both groups. **Results:** The total effective rate was 91.3% and 71.7% respectively in the control group and study group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). The sperm concentration, sperm motility, a + b vitality of study group were higher, while the percentage of sperm abnormalities was lower than the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). The recovery time and time of pain relief in the study group was significantly lower than the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusions:** The clinical application of levofloxacin intravenous injection combined with spermatic cord is of obvious effect in treating patients with acute epididymitis, which can improve the clinical efficacy and reduce patients' pain and improve their reproductive capacity.

【Key words】 Acute epididymitis; Levofloxacin; Spermatic cord; Intravenous drip

【中图分类号】 R697

【文献标志码】 A

附睾炎是男性生殖系统非特异性感染的常见疾病,且分为急性与慢性两个类型,而急性附睾炎由于发病比较急,且很容易累及睾丸,甚至影响血运,最终导致睾丸萎缩,从而影响男性生殖健康^[1]。临床中急性附睾炎若不及时治疗很容易导致为慢性,加重病情^[2]。笔者结合自己多年的临床工作经验,对急性附睾炎患者采取左氧氟沙星静滴与精索注药联合治疗方案,取得了较好的临床疗效,具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

抽取本院 2012 年 6 月至 2014 年 6 月间 92 例急性附睾炎患者为研究对象,研究获得我院医学伦理委员会批准,所有入选者知情同意参加研究,将其依据随机数字表法分为研究组与对照组,各 46 例。研究组年龄为 22 ~ 58 岁,平均年龄为 (37.4 ± 9.4) 岁;病程时间为 3h ~ 7d,平均病程时间为 (4.5 ± 2.3) d;病变部位左侧 21 例,右侧 20 例,双侧 5 例;精子密度 (33.1 ± 2.9) × 10⁹/L,精子活动率 (36.3 ± 4.1)%,精子畸形百分比 (55.7 ± 6.7)%。对照组年龄为 20 ~ 59 岁,平均年龄为 (38.5 ± 8.7) 岁;病程时间为 4h ~ 7.5d,平均病程时间为 (4.9 ± 2.1) d;病变部位:左侧 20 例,右侧 20 例,双侧 6 例;精子密度 (34.7 ± 2.8) × 10⁹/L,精子活动率 (37.9 ± 4.7)%,精子畸形百分比 (56.4 ± 6.4)%。研究组与对照组患者性别、年龄和病程时间以及病变部位、治疗前精子密度、精子活动率、精子畸形百分比等资料比较无明显的差异 ($P > 0.05$),差异无统计学意义。

1.2 纳入标准

(1)符合美国疾病控制中心 (CDC) 的附睾炎诊断标准,且病程时间均在 6 周内,且具有典型的急性附睾炎的临床症状;(2)无左氧氟沙星过敏;(3)无局部注射感染;(4)无严重的心脏疾病;(5)年龄在 18 岁以上;(6)同意此次的临床研究。

1.3 排除标准

(1)不符合临床急性附睾炎的临床诊断标准,且病程时间在 6 周以上;(2)出现有左氧氟沙星过敏的症状;(3)伴有严重的心脏疾病和肝功能异常对象;(4)出现局部注射感染的对象;(5)此次治疗前已经经过其他的治疗;(6)不同意此次的临床研究。

1.4 治疗方法

研究的两组患者均给予卧床休息,并且托起阴囊和局部理疗以及冰敷等常规治疗^[3]。对照组给予静滴 0.5mg 甲磺酸左

氧氟沙星注射液 (国药准字: H19980192, 生产单位: 武汉滨湖双鹤药业有限公司), 1 次/d^[4]; 研究组在对照组治疗基础上给予精索注药治疗, 睾丸上方精索旁注射 2.0% 利多卡因 (国药准字: H12021000, 生产单位: 天津金耀药业有限公司) 5.0mL + 8 万 U 庆大霉素 (国药准字: H41020318, 生产单位: 河南润弘制药股份有限公司) + 5.0mg 地塞米松 (国药准字: H42020019, 生产单位: 天津金耀集团湖北天药药业股份有限公司), 1 次/d, 5d 为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程, 且疗程间隔时间 3d^[5]。

1.5 观察指标

(1)临床疗效;(2)疼痛缓解时间;(3)痊愈时间;(4)精液活力(精子密度、精子活动率、a + b 活力、精子畸形百分比)。

1.6 疗效评定

通过对患者随访 2 个月的观察, 并且依据患者临床症状与临床检查进行综合评估^[6], 分为 3 个等级: (1)痊愈: 患者临床症状自觉消失, 附睾硬肿块也消失, 且阴囊彩超显示附睾大小和血供均恢复正常; (2)显效: 临床症状自行消失, 附睾肿块大小也明显缩小, 阴囊彩超显示附睾明显的缩小, 血供恢复正常; (3)无效: 治疗后临床症状无任何改善, 且附睾肿块大小未见缩小, 阴囊彩超检查附睾肿大依然存在, 血供比较丰富。临床治疗总有效率 = 痊愈% + 显效%。

1.7 统计学处理

采取 SPSS19.0 统计学软件进行数据分析与处理, 计量资料采取均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 独立样本采取 t 检验, 计数资料采取 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效观察

研究组总有效率为 91.3%, 对照组总有效率为 71.7%, 研究组明显高于对照组 ($P < 0.05$), 差异有统计学意义。见表 1。

表 1 研究组与对照组临床治疗总有效率对比观察数

分组	例数	痊愈	显效	无效	总有效率 (%)
研究组	46	30	12	4	42 (91.3)
对照组	46	19	14	13	33 (71.7)
χ^2					7.251
P					<0.05

2.2 精液活力观察

研究组精子密度、精子活动率、a + b 活力均高于对照组,而精子畸形百分比低于对照组,数据比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 研究组与对照组精液活力对比观察

分组	例数	精子密度 ($\times 10^9/L$)	精子活动率 (%)	a + b 活力 (%)	精子畸形 百分比(%)
研究组	46	67.8 $\pm$ 7.9	64.8 $\pm$ 8.2	47.8 $\pm$ 7.8	21.6 $\pm$ 5.8
对照组	46	60.3 $\pm$ 8.2	57.9 $\pm$ 7.7	41.7 $\pm$ 7.3	27.9 $\pm$ 7.2
<i>t</i>		4.024	5.284	4.782	3.241
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 疼痛缓解时间和痊愈时间对比观察

研究组疼痛缓解时间和痊愈时间均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 研究组与对照组疼痛缓解时间和痊愈时间对比观察

分组	例数	疼痛缓解时间	痊愈例数	痊愈时间
研究组	46	2.7 $\pm$ 1.2	30	4.3 $\pm$ 1.2
对照组	46	4.7 $\pm$ 1.3	19	10.8 $\pm$ 3.6
<i>t</i>		3.716		5.288
<i>P</i>		<0.05		<0.05

3 讨论

附睾炎在临床中属于常见疾病,主要由于细菌和病毒以及寄生虫等原因而导致的,在各个年龄段均具有较高的发病率^[7]。急性附睾炎常常表现为局部疼痛与肿胀,甚至导致阴囊肿胀和皮肤发红以及白细胞计数增加等症状,出现输精管闭塞严重的会导致附睾静脉回流和睾丸畸形,严重影响男性生殖健康^[8]。临床研究显示,感染是导致附睾炎发生的最主要原因^[9],因此,临床中积极的治疗急性附睾炎是临床医师们关注的重点。

临床中急性附睾炎常常采取抗生素进行治疗,并且给予卧床休息和托起阴囊以及局部理疗与冰敷等处理^[10]。同时,禁止患者体力活动和性生活。临床研究显示,患者发病之后局限性的炎症很容易扩散到精索与其他的鞘膜,从而使得水肿变厚,最终使得睾丸与附睾局部血流不畅以及淋巴结回流阻碍^[11,12]。传统的治疗方法治疗时间比较长,且患者的临床症状改善也比较慢。同时,临床中给予麻醉剂进行精索封闭治疗,这种方法虽然能够减轻患者的临床症状,减少疼痛^[13],但是并不能消除病灶,且治疗的时间也相对较长。经过此次临床研究分析,急性附睾炎患者采取左氧氟沙星静滴与精索注药联合治疗效果明显,能够提高患者的临床治疗效果。数据显示,研究组总有效率 91.3%,明显的高于对照组的 71.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。静滴与精索联合治疗方案能够更好的使药物直达病灶,较好的控制感染,从而得到临床治疗的效果^[14]。临床研究也显示,对于急性附睾炎患者给予抗生素和麻醉剂以及激素类药物进行与精索封闭联合治疗效果显著。临床中采取的治

疗方法能够较好的抑制促炎性因子的产生,且不累及睾丸,不会破坏血睾的屏障,从而减轻局部水肿,最终更好的治疗患者^[15]。同时,本组的数据还显示,研究组疼痛缓解时间和痊愈时间均明显的低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。进一步说明,这种联合治疗方法能够缩短患者的临床治疗效果,更好缓解患者局部症状,从而缩短疼痛缓解时间。另外,数据还显示,研究组精子密度、精子活动率、a + b 活力均高于对照组,而精子畸形百分比低于对照组,数据比较差异有统计学意义。进一步说明左氧氟沙星静滴与精索注药联合治疗对患者的精液活动影响并不大,而且能够较好的改善精子的质量,提高患者的生殖能力。

综上所述,急性附睾炎患者应用左氧氟沙星静滴与精索注药联合治疗方案效果明显,能够提高临床疗效。同时能够缩短患者治疗时间,并减轻患者的疼痛,提高生殖能力,值得在临床应用与推广。

参 考 文 献

[1] 孙炜. 急性附睾炎的临床研究. 当代医学, 2013, 2(20): 45-46.
[2] 陈弋生, 陶凌松, 孔根, 等. 阴囊急症临床特点分析. 中华男科学杂志, 2010, 16(6): 520-522.
[3] 张伟彬, 燕明丽. 配合局部理疗治疗急性附睾炎 72 例分析. 中国保健营养(中旬刊), 2012, 2(9): 336-337.
[4] 李恩忠. 中西医结合治疗急性附睾炎 62 例. 中国中医急症, 2013, 22(3): 452-453.
[5] 乔亮, 刘志权, 向俊, 等. 精索抗炎药物局部注射治疗急性附睾炎的临床疗效观察. 浙江临床医学, 2013, 4(1): 69-70.
[6] 李爱霞. 中西医结合治疗急性附睾炎 64 例临床观察. 中外健康文摘, 2014, 5(26): 134-135.
[7] 庞永冰. 联合用药治疗急性附睾炎 52 例. 菏泽医学专科学校学报, 2014, 26(2): 27-28.
[8] Colm, O' Mahony John, Evans - Jones. Urological management of epididymo - orchitis: simple, ofloxacin for all. Sexually Transmitted Infections, 2011, 87(1): 43.
[9] Van Aarle S, Arents NLA, de Laet K. Actinobaculum schaalii causing epididymitis in an elderly patient. Journal of Medical Microbiology, 2013, 62(7): 1092-1093.
[10] 乔亮, 刘志权, 向俊, 等. 精索封闭治疗急性附睾炎 56 例临床疗效观察. 中华男科学杂志, 2013, 19(7): 622-625.
[11] 李智伟, 高利利. 拉氧头孢联合泼尼松治疗急性附睾炎疗效观察. 中国保健营养(下旬刊), 2014, 23(6): 3491-3492.
[12] Lang T, Dechant M, Sanchez V, et al. Structural and functional integrity of spermatozoa is compromised as a consequence of acute uropathogenic E. coli - associated epididymitis. Biology of Rreproduction, 2013, 89(3): 59.
[13] 沈宁平. 中西医结合治疗附睾炎 180 例疗效观察. 临床合理用药杂志, 2013, 6(14): 145.
[14] 黄学冬, 李志远, 王安勇, 等. 用精索封闭法治疗急性附睾炎的疗效分析. 求医问药(学术版), 2011, 9(11): 292.
[15] 南玉奎, 田欣, 胡晓刚, 等. 左氧氟沙星静滴联合精索注药治疗急性附睾炎的临床疗效观察(附 42 例报告). 国际泌尿系统杂志, 2014, 34(4): 542-545.

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.005

附睾精子肉芽肿的超声图像及病理特点分析

杨碧云¹ 李虎宜^{2△} 王凉梅²

1 湖北医药学院附属东风总医院超声科,湖北 十堰 442008

2 湖北医药学院附属东风总医院泌尿外科,湖北 十堰 442008

【摘要】目的:分析炎症后附睾精子肉芽肿的超声图像特点,探讨附睾精子肉芽肿的病理特点,为提高临床诊断率提供帮助。方法:回顾性分析38例炎症后附睾精子肉芽肿患者,经彩色超声图普检查后,将患者的病理特点和超声图像特征进行对照分析。结果:经研究比较发现:38例炎症后附睾精子肉芽肿患者的临床情况,其中双侧结节8例,单侧结节30例;发病部位位于附睾头部13例,中部4例,附睾尾部21例;超声结果显示低回声型23例,等回声型9例,高回声型6例,附睾精子肉芽肿彩色多普勒超声以低回声型较为常见。结论:炎症后附睾精子肉芽肿的病理特征与其超声图普密切相关,两者结合分析可有效提高诊断率。

【关键词】 超声;炎症;附睾精子肉芽肿;临床研究

Clinical studies on ultrasonic diagnosis of inflammatory epididymal sperm granuloma YANG Biyun¹, LI Huiyi^{2△}, WANG Liangmei². 1. Ultrasound Department, Dongfeng General Hospital Affiliated to Hubei Medical College, Shiyan 442008, China; 2. Urology Department, Dongfeng General Hospital Affiliated to Hubei Medical College, Shiyan 442008, China

【Abstract】 Objectives: To analyze the ultrasound images characteristic of epididymal sperm granuloma and its pathological features, in order to improve the clinical diagnosis rate. Methods: A retrospective analysis of 38 patients with inflammatory epididymal sperm granulomas after Tupou color ultrasound examination was conducted. The pathological features and ultrasound images characteristics of patients were compared. Results: Of the 38 patients with inflammatory epididymal sperm granuloma, 8 cases had bilateral nodules and 30 cases were of unilateral nodules; the pathogenic site of 13 cases was at the epididymal head, 4 cases in the middle, and 21 cases on the tail of the epididymis. According to the ultrasound results, there were 23 hypoechoic cases, 9 iso-echoic cases and 6 hyperechoic cases. The most common type in the color doppler ultrasound was epididymal sperm granuloma. Conclusions: The pathological features of inflammatory epididymal sperm granuloma is closely related to its ultrasound Tupou, the binding assay of which can effectively improve the diagnostic rate.

【Key words】 Ultrasound; Inflammation; Epididymal sperm granuloma; Clinical research

【中图分类号】 698+.2

【文献标志码】 A

精子性肉芽肿(spermatic granuloma, SG)是由于附睾炎症或外伤,损伤输精管道致精子溢出至间质内而引起的病变,临床上表现为阴囊可触及结节或肿块,常需手术治疗^[1,2]。精子性肉芽肿多与机械性阻塞(如输精管结扎、切除)、外伤、肿瘤等有关,单纯由炎症引起的精子性肉芽肿较少^[3,4]。临床上,炎症后精子性肉芽肿尚无统一的诊疗规范,极易造成误诊^[5]。本实验通过选取38例炎症后附睾精子肉芽肿患者,经彩色超声图普检查后,将患者的病理特点和超声图像特征进行对照分析。现将临床分析结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析2011年6月至2014年3月我院治疗的38例炎症后附睾精子肉芽肿患者的临床资料。所有患者均按照如下标准确诊。临床表现:平时会觉得阴囊里隐隐作痛,射精时

因精液排出受阻会感到疼痛加重。如果此病拖得时间较长,睾丸、附睾和输精管会因精液大量淤积而有所肿大,用手触摸可有痛感;肉眼可见附睾上有灰白色或灰黄色结节,直径一般在0.5~3cm。切面可见结节内含黄色或棕黄色物质。镜下观察:位置常在附睾间质,早期主要为中性粒细胞和巨噬细胞浸润,中央为溢出或退化的精子;晚期病灶为结核样肉芽肿,由类上皮细胞、淋巴细胞和组织细胞组成,可见多核巨细胞,肉芽肿中央为退化的精子及细胞碎片,周围纤维母细胞增生,最后肉芽肿可能为纤维组织代替,形成玻璃样变的纤维性结节。其中已婚11例,未婚27例;最小年龄22岁,最大年龄41岁,平均年龄(28.9±7.4)岁;最短病程3周,最长病程2年;均无明显诱因。临床表现为坠胀感、阴囊肿痛、附睾有肿块、硬结,且有压痛感。

1.2 方法

采用S2000彩色多普勒超声诊断仪(德国西门子 Acuson S2000)检查,探头频率为10~15MHz。所有患者采取仰卧位,使阴囊充分暴露,向上提起阴茎,将探头直接对阴囊内睾丸和附睾进行多切面连续扫描,观察附睾肿块,记录其部位、数目、大小、形态等,详细观察边界及内部回声特点。根据睾丸实质

【第一作者简介】杨碧云(1976-),女,主治医师,主要从事临床超声检测工作。

△【通讯作者】李虎宜, E-mail:13972459815@126.com

回声为参照将附睾精子肉芽肿回声分为 4 型:网络状无回声型、低回声型、等回声型、高回声型。然后观察肿块周边及内部有无彩色血流及其特点。

1.3 统计学处理

统计学软件为 SPSS15.0,计量资料采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 附睾精子肉芽肿患者的临床病理情况

回顾性分析 38 例炎症后附睾精子肉芽肿患者的临床情况,其中双侧结节 8 例,单侧结节 30 例;发病部位位于附睾头部 13 例,中部 4 例,附睾尾部 21 例。临床上附睾精子肉芽肿患者多发于附睾尾部,以单侧结节常见。见表 1。

表 1 患者的临床病理情况

	例数	比率(%)
双侧	8	21.05
单侧	30	78.95
头部	13	34.21
中部	4	10.52
尾部	21	55.27

2.2 附睾精子肉芽肿患者的彩色多普勒超声特征

38 例炎症后附睾精子肉芽肿患者超声结果显示,低回声型 23 例,等回声型 9 例,高回声型 6 例,附睾精子肉芽肿彩色多普勒超声以低回声型较为常见。见表 2。

表 2 患者的彩色多普勒超声特征

	例数	比例(%)
网络状无回声型	0	0
低回声型	23	60.53
等回声型	9	23.68
高回声型	6	15.79

3 讨论

目前,炎症引起的附睾精子肉芽肿多无明显诱因,发病机制不明确。临床上附睾结节、轻触有压痛感、阴囊疼痛、坠涨时,通常多考虑为附睾精子肉芽肿。但是,由于附睾精子肉芽肿临床发病病例较少且缺乏有效的检查方案,存在误诊,易与附睾囊肿、附睾结核等混淆。附睾结核是肾结核的继发病,结核杆菌可感染精囊、沿输精管可感染附睾头部和尾部^[6,7]。超声显示附睾回声不均匀,肿大,部分钙化,与附睾精子肉芽肿的多普勒超声结果非常相似。附睾囊肿患者超声虽然显示无回声,但有浆性液体,CT 检查可见低密度阴影,极易漏诊^[9-11]。为了分析炎症后附睾精子肉芽肿的超声图像特点,探讨附睾精子肉芽肿的病理特点,为提高临床诊断率提供帮助,本实验回顾性分析 38 例炎症后附睾精子肉芽肿患者,经彩色超声图普检查后,将患者的病理特点和超声图像特征进行对照分析。分析统计结果我们得出结论:38 例炎症后附睾精子肉芽肿患者中双

侧结节 8 例,单侧结节 30 例;发病部位位于附睾头部 13 例,中部 4 例,附睾尾部 21 例,由此可知临床上附睾精子肉芽肿患者多发于附睾尾部,以单侧结节常见。高回声型附睾精子肉芽肿患者 6 例,超声形态较为规则,以高回声为主,偶见内回声增强,分布不规则,部分出现钙化,少数病灶周围可见星点状血流信号。临床病理切片发现有血管内壁增厚且部分纤维化,切面呈灰白色,质坚硬。等回声患者 9 例,超声结果显示中等或较强回声,形态各一,病灶部位不规则,近椭圆形^[12,13]。临床病理切片呈灰白相间,结节分叶,无包膜,血管内壁少量纤维化。低回声附睾精子肉芽肿患者 23 例,形态呈近圆形,内部回声较低,分布较均匀,病灶周围血流丰富。临床病理切片呈黄棕色,少量上皮细胞增生,血管扩张,结节无包膜。总之,附睾精子肉芽肿患者多发于附睾尾部,以单侧结节常见,彩色多普勒超声以低回声型较为常见^[14,15]。综上所述,临床诊断炎症后附睾精子肉芽肿应将患者的病理特点和超声图像特征进行对照分析,可有效提高诊断率。

参 考 文 献

[1] 杨青,杨蓉. 附睾精子肉芽肿超声诊断与病理、临床对照分析. 中国临床医学影像杂志, 2012, 23(8): 596-598.

[2] 陆风旗,于向荣,张追阳,等. 附睾精子肉芽肿的 CT 表现及病理对照研究. 中华放射学杂志, 2013, 47(1): 82-84.

[3] 陆一松,杨胜园. 20 例附睾精子肉芽肿彩超图像特征与病理对照分析. 实用临床医学, 2009, 10(7): 92-94.

[4] 陈定军,赵文永. 附睾精子肉芽肿 17 例误诊原因分析. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(22): 272.

[5] 马创郁,翟玉霞,黄海花,等. 炎症后附睾精子肉芽肿的超声表现. 临床超声医学杂志, 2013, 15(11): 775-777.

[6] 汪小芬,杨基兰. 附睾肿块的超声诊断. 四川医学, 2010, 31(11): 1696-1697.

[7] 杨波,齐艳红,包磊,等. 精子性肉芽肿 7 例. 当代医学, 2010, 16(10): 62.

[8] Itoh M, Xie Q, Miyamoto K, et al. Major differences between the testis and epididymis in the induction of granulomas in response to extravasated germ cells. I. A light microscopical study in mice. International Journal of Andrology, 1999, 22(5): 316-323.

[9] McGinn JS, Sim I, Bennett NK, et al. Observations on multiple sperm granulomas in the rat epididymis following vasectomy. Clinical Anatomy, 2000, 13(3): 185-194.

[10] 徐乐,姚聪,王志峰,等. 附睾结节 116 例临床分析. 中外医学研究, 2012, 10(19): 135-136.

[11] 吴学振. 附睾肿块 167 例诊疗分析. 中国医师进修杂志, 2012, 35(z1): 169-170.

[12] 李永忠,蔡迪明,庄华等. 附睾疾病的高频超声表现及其病理分析. 现代预防医学, 2006, 33(11): 2217-2218.

[13] 林毕洪. 彩色多普勒超声诊断附睾结节 45 例. 医学理论与实践, 2008, 21(4): 469-470.

[14] 李仁富,陈松华. 附睾精子肉芽肿误诊为肿瘤 1 例. 临床超声医学杂志, 2011, 13(2): 82.

[15] 杨基兰,叶超,刘平凌,等. 附睾炎的超声诊断. 临床超声医学杂志, 2008, 10(12): 843-844.

(收稿日期:2014-09-11)

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.006

经前列腺小囊精囊镜治疗血精 56 例疗效分析

胡月鹏 杨青松 陶春杰 李辰 张海涛

沧州市人民医院泌尿男科,河北 沧州 061000

【摘要】目的:探讨对血精以经前列腺小囊精囊镜方法进行治疗所取得的临床效果。方法:选择 2013 年 9 月至 2014 年 6 月期间曾在我院接受治疗的血精患者 112 例,将这些患者在随机方式之下分为两组,并且分别通过观察组与对照组对这两组患者进行表示,对照组中患者以传统方法对其进行治疗,观察组中患者以经前列腺小囊精囊镜方法进行治疗,观察两组患者的治疗总有效率以及疾病复发率。结果:在手术结束之后,对两组患者的临床治疗总有效率观察,对照组中患者所得到治疗总有效率仅 75.0%,观察组中患者所得到临床总有效率高达 92.9%,两组患者之间的差别十分明显;对患者进行随访,观察两组患者的复发率,对照组中患者的复发率为 17.9%,观察组中患者的复发率为 5.4%,两组患者间存在明显差异。结论:选择经前列腺小囊精囊镜对血精进行治疗效果比较理想,可得到较高治疗有效率,使患者临床症状得到有效改善,提高其生活质量,并且复发率比较低,可在临床上广泛应用。

【关键词】血精;经前列腺小囊精囊镜;临床效果

The efficacy of prostatic utricle seminal vesicle mirror in treating 56 cases of hematospermia HU Yuepeng, YANG Qingsong, TAO Chunjie, LI Chen, ZHANG Haitao. Urology Department, Cangzhou People's Hospital, Cangzhou 061000, China

【Abstract】Objectives: To explore the clinical effect of prostatic utricle seminal vesicle mirror in the treatment of hematospermia. Methods: 112 hematospermia patients in our hospital from September 2013 to June 2014 were selected and randomly divided into two groups. Patients in the control group received traditional treatment, while patients in the observation group received prostatic utricle seminal vesicle mirror method for treatment. The total effective rate and recurrence rate of the two groups were compared. Results: At the end of treatment, the total effective rate of control group and observation group was 75.0% and 92.9% respectively, with significant difference; the recurrence rate of the control group and observation group was 17.9% and 5.4% respectively, with significant difference. Conclusions: The prostatic utricle seminal vesicle mirror is an effective treatment method for hematospermia, which can improve the clinical symptoms and life quality effectively with low recurrence rate.

【Key words】Hematospermia; The prostatic utricle seminal vesicle mirrors; Clinical effect

【中图分类号】R697

【文献标志码】A

精囊属于成对的一组男性器官,其解剖位置比较隐蔽,传统手术中涉及到精囊的其手术操作存在较大困难,有很大创伤,并且效果也不理想,只针对精囊而不将临近器官切除手术基本都很难做到。精囊原发病在临床上比较少见,但是继发性精囊病变在临床上比较常见,利用传统抗炎方法进行治疗,效果并不是特别理想,近几年临床上选择经前列腺小囊精囊镜方法治疗血精,得到较理想效果^[1,2]。本文选择 2013 年 9 月至 2014 年 6 月期间曾在我院接受治疗的血精患者 112 例,分别以常规方法与经前列腺小囊精囊镜手术方法进行治疗,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

资料来源于 2013 年 9 月至 2014 年 6 月期间曾在我院接受治疗的 112 例血精患者。通过对这些患者进行临床诊断,确定其均符合血精临床标准。在随机方式下将这些患者分为数量

相等的两组,将这两组患者分别利用观察组与对照组表示。对照组中患者共有 56 例,年龄为 25 ~ 55 岁,平均年龄为 (35.5 ± 2.5) 岁;患者病程为 1 ~ 6 个月,其病程平均时间为 (3.6 ± 2.4) 个月。观察组中共有 56 例患者,患者年龄区间为 24 ~ 54 岁,其年龄平均大小为 (36.4 ± 2.4) 岁;患者病程时间为 1 ~ 6 个月,其平均病程大小为 (3.4 ± 2.2) 个月。这两组患者在年龄及病程等方面并无十分显著差异存在,两组患者之间有可比性存在。

1.2 方法

1.2.1 观察组 观察组中患者以经前列腺小囊精囊镜手术方法进行治疗。所有患者均对其行气管插管麻醉,能够使患者在手术过程中的呼吸幅度降低,对手术操作比较有利。使患者取截石位,以常规方法对其进行铺巾消毒,将 F10 尿管留置,防止手术过程中膀胱充盈过度,选择 WOLF F6 输尿管代精囊镜在直视状态下向尿道进入,在精阜近端将前列腺小囊找到,进入小囊腔内对两侧射精管扩张情况进行观察,退镜到小囊进口处,对病变处射精管开口进行寻找,通过斑马导丝引导向射精管进入,在直视下沿着管腔向精囊进入。有些患者的射精管开口比较难找,或者病变侧射精管扩张较明显,从而有透明膜样

变化形成,可利用导丝将囊壁直接切开向病变精囊腔中进入,镜下视野比较模糊,存在大量漂浮物,与 10mL 注射器链接,并且抽吸 2mL 液体留作标本送检,然后将水压适当增加将精囊内漂浮物冲出,在视野比较清晰之后,能够看到堆积大量紫红色固体精浆,有些合并存在小结石,可扩至射精管开口,与 10mL 注射器相连接对精囊内沉积物进行反复冲洗。有些患者合并存在较大结石可利用异物钳将其取出,在冲洗干净异物之后,对精囊黏膜片状充血及水肿进行观察,有些患者有精囊窝变浅出现,并且存在纤维炎样改变。对于病程比较短,肉眼进行观察,其炎性反应比较大,可能会大量渗出液患者,可利用双极导丝将射精管开口扩大,手术之后在精囊腔内留置 5mL 左氧氟沙星与 5mg 地塞米松,在退镜之后将 F18 双腔尿管留置。

1.2.2 对照组 对照组中患者以常规临床治疗方法对其进行治疗^[2-5],主要坚持抗生素和止血药物的治疗,为患者服用适量的头孢拉定药物口服,成人 0.25g~0.5g/次,3~4 次/d,空腹给药。经常清洗外阴,留意房事卫生,维持生殖泌尿道清洁,平时应维持平稳、愉快的心情,饮食宜清淡、忌辛辣厚味,有烟酒嗜好的一定要戒掉。减少性交次数,避免手淫过度,治疗期间应减少性刺激和避免性生活,同时可参加慢跑、散步等适度的体育运动。

1.3 疗效判定标准

在经过手术治疗之后,患者排精血精现象消失,其临床症状均消失,在经过精液肉眼观察或者镜下观察之后不存在红细胞,经过彩超复查,患者镜囊不存在异常情况,则表示为显效;在手术结束之后,患者临床症状消失,其排精出现血精次数有明显减少,在经过精液肉眼观察或者镜下观察之后,红细胞数量有所减少,经过彩超复查,患者镜囊异常情况有所改善,则表示为有效;在经过治疗之后,患者各项临床症状均未发生明显改善,相关症状和体征也没有出现消失趋势,在经过精液肉眼观察或者镜下观察之后红细胞数量未减少甚至增加,经过彩超复查,患者镜囊异常情况未改善甚至严重,其排精出现血精次数未减少,甚至出现增多现象,则表示为无效^[6,7]。

1.4 统计学分析

利用统计学软件 SPSS18.0 统计分析患者临床治疗总有效率以及患者复发率,以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示结果中所出现计量数据,并且要利用 t 对其进行检验,以 χ^2 对结果中所出现计数资料进行检验,在本文研究过程中将 $P<0.05$ 表示有统计学意义存在。

2 结果

2.1 观察两组患者的治疗总有效率

在手术结束之后,对两组患者的临床治疗总有效率观察,对照组中患者所得到治疗总有效仅 75.0%,观察组中患者所得到临床总有效率达 92.9%,两组患者之间的差别十分明显,两者之间具体比较情况如表 1 所示。

表 1 两组患者手术治疗有效率上的比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	56	40	12	4	92.9
对照组	56	32	10	14	75.0
P					<0.05

2.2 观察两组患者复发率

在治疗结束之后,对患者进行随访,观察两组患者的复发率,对照组中患者的复发率为 17.9%,观察组中患者的复发率为 5.4%,两组患者间存在明显差异。(复发:患者精液呈红色,或夹杂一些血丝,也有时看到内裤被带血色的精液所污染。经过彩超诊断检查,结果显示双肾窦区稍分离声像,考虑膀胱过度充盈所致;双侧精囊腺透声稍差并多发钙化;前列腺实质回声欠均声像;右侧附睾头多囊肿;左侧阴囊内睾丸附件。)

3 讨论

精囊是比较难显露的一个器官,但该部位原发病比较少,然而在临床上其继发性病变却十分常见,比如精囊炎继发血精在临床上就是一种十分常见疾病,一般在 20~60 岁之间比较多发,对于该疾病患者而言,大部分都存在尿道炎、附睾炎以及前列腺炎病史,因此精囊炎大多是由于细菌逆行感染而造成的。根据其解剖学进行分析,精囊中央管开口位于前列腺内部输精管末端射精管,由组织学角度而言,射精管属于精囊延续,但是射精管不存在如精囊发达肌肉,管腔直径在 2.3mm 之上则表示为扩张,因此若射精管发生炎症病变则其更加狭窄,甚至是出现全部梗阻,所以精囊炎症发病因素就是精囊内精浆堆积;此外,精液排出不畅,在应用抗生素进行治疗虽然有效,但是也比较容易复发^[8,9]。

对于精囊感染而言,其主要治疗方法就是双侧精囊切除,随着在临床上抗生素药物的不断发展以及应用,有些医师选择热旋磁等一些物理方法对血精进行治疗,该方法相比于开放性手术而言较有效,但是在临床上常出现的问题就是精囊炎易复发以及不能彻底治疗,因此使内窥镜技术得到较快发展。在临床上曾选择前列腺电切镜切开射精管开口方式对梗阻性无精症进行治疗,但是该方法需要将部分精阜切除,手术创面比较大,在手术之后有很高的逆行射精发生率,可能会合并发生尿液向精囊反流,导致出现再次感染。本文中选择的经前列腺小囊精囊镜进行治疗,在直视状态下向循自然腔向精囊内进入,对患者进行成功治疗。通过对患者疾病进行分析,显示其所存在共同特点就是射精管开口比较狭窄,这充分表明多方面原因导致射精管狭窄是引起血精症的基础性病因,通过扩张或者将射精管微切开,将精囊内沉积物清除,将恶性循环消除,从而将血精治愈^[10-12]。由本文研究结果可以看出,对照组中患者所得到治疗总有效率仅 75.0%,观察组中患者所得到临床总有效率达 92.9%;对患者进行随访,观察两组患者的复发率,对照组中患者的复发率为 17.9%,观察组中患者的复发率为 5.4%,两组患者间存在明显差异。

综上所述,选择经前列腺小囊精囊镜对血精进行治疗效果比较理想,可得到较高治疗有效率,使患者临床症状得到有效改善,提高其生活质量,并且复发率比较低,可在临床上广泛应用^[13,14]。

参 考 文 献

- [1] 夏琼琼,许林勇,薛娟. 35 例精囊及射精管疾病患者精囊镜诊治的护理. 护理学报, 2013, 8(25): 41-42.
- [2] 王晓平,黄延伟,张伟国,等. 经前列腺小囊精囊镜治疗血精 80 例报告. 中华男科学杂志, 2013, 19(8): 765-767.
- [3] 樊胜海,李学德,武英杰,等. 经尿道输尿管镜治疗顽固性血精的

临床观察. 中国性科学, 2012, 21(6): 13-14, 24.

- [4] 王辰昶, 张克勤, 祝清清, 等. 精囊镜治疗严重顽固性血精围术期护理体会. 中国医药导报, 2014, 23(30): 120-123.
- [5] 石涛, 高艳, 张小平, 等. 应用精囊镜治疗顽固性血精 15 例. 实用医学杂志, 2011, 9(22): 1636-1637.
- [6] 董秉政, 梁清, 郝林, 等. 精囊镜技术在精囊疾病中的应用. 中国内镜杂志, 2012, 8(21): 864-866.
- [7] Xuan Feng, Wang Qiang, Qing Dynasty, et al. Transurethral seminal vesicle mirror technology to treat refractory blood fine. Journal of Practical Medical Journal, 2013, 29(1): 103-104.
- [8] Frontier, Liu Lijie, Li Chaodeng. Application of seminal vesicle mirror refractory seminal vesicle phlogistic, the preliminary experience. J Urol, 2014, 35(10): 774-777.
- [9] 王宗绫. 68 例顽固性血精患者经尿道精囊镜诊治分析. 吉林医

学, 2014, 35(08): 1689-1690.

- [10] 史校学, 酒涛, 王栋. 精囊镜下治疗顽固性血精 32 例临床效果分析. 河南医学研究, 2014, 5(24): 76-77.
- [11] Stefanovic KB, Gregg PC, Soung M. Evaluation and treatment of hematospermia. American Family Physician, 2009, (12): 1421-1427.
- [12] 王黎, 姚启盛, 王晓康, 等. 输尿管镜精囊镜检在顽固性血精诊疗中的应用. 中国现代手术学杂志, 2013, 17(2): 154-156.
- [13] 徐雪峰, 张迅. 核磁共振成像对顽固性血精症的诊断价值. 中国性科学, 2012, 21(6): 18-21.
- [14] Wu Xiaojun, Li Weibing, Yan JunAn et al. Ureterscopy with holmium laser incision to treat refractory blood fine. Proc Bureau Solution Magazine, 2014, 21(2): 170-171, 174.

(收稿日期: 2014-12-01)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.007

外环下精索静脉显微解剖结扎术治疗精索静脉曲张的有效性研究

苏晓程 王建 叶纯

深圳公安边防部队总医院泌尿外科, 广东 深圳 518000

【摘要】目的:研究外环下精索静脉显微解剖结扎术治疗精索静脉曲张患者的可行性及有效性。**方法:**统计分析 2011 年 3 月至 2013 年 3 月我院泌尿男科收治的 80 例精索静脉曲张患者的临床资料。**结果:**研究组患者的手术时间显著短于对照组 ($P < 0.05$), 术后精子密度、精子活力及正常形态显著高于对照组 ($P < 0.05$), 畸形率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 并发症发生率和复发率 15.0% (1/40)、0(0), 均显著低于对照组 55.0% (22/40)、12.5% (5/40) ($P < 0.05$)。**结论:**外环下精索静脉显微解剖结扎术治疗精索静脉曲张患者能够显著缩短手术时间、提高精液质量、降低术后并发症发生率及复发率, 安全可行。

【关键词】 外环下精索静脉纤维解剖结扎术; 精索静脉曲张; 可行性; 有效性

Effectiveness of outer fiber anatomy under spermatic vein ligation in the treatment of patients with varicocele SU Xiaocheng, WANG Jian, YE Chun. Urology Department, General Hospital of Shenzhen public security frontier forces, Shenzhen 518000, China

【Abstract】Objectives: To study the feasibility and effectiveness of outer fiber anatomy under spermatic vein ligation in the treatment of patients with varicocele. **Methods:** The clinical data of 80 varicocele patients treated in our hospital from March 2011 to March 2013 were statistically analyzed. **Results:** The operative time of the study group was significantly shorter ($P < 0.05$) than that of control group; the postoperative sperm concentration, sperm motility, normal morphology were significantly higher ($P < 0.05$) than these of control group; the malformation rate was significantly lower ($P < 0.05$) and the incidence of complications and recurrence rate (15.0%, 0) were significantly lower than these of control group (55.0%, 12.5%) ($P < 0.05$). **Conclusions:** Outer fiber anatomy under spermatic vein ligation can significantly reduce the surgical time, improve semen quality and reduce the incidence of postoperative complications and recurrence rate in the treatment of patients with varicocele, which is feasible and safe.

【Key words】 Outer fiber anatomy under spermatic vein ligation; Varicocele; Feasibility; Effectiveness

【中图分类号】 R697+.24

【文献标志码】

【第一作者简介】 苏晓程 (1985-), 男, 主治医师、硕士, 主要从事泌尿外科临床与研究工作。

本研究对 2011 年 3 月至 2013 年 3 月我院泌尿男科收治的 80 例精索静脉曲张患者的临床资料进行了统计分析,研究了外环下精索静脉显微解剖结扎术治疗精索静脉曲张患者的可行性及有效性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机抽样的方法选取 2011 年 3 月至 2013 年 3 月我院泌尿男科收治的 80 例精索静脉曲张患者,所有患者均经体检、阴囊彩超等证实为精索静脉曲张,均知情同意;将继发性精索静脉曲张患者排除在外^[1]。入选患者年龄在 12~39 岁之间,平均年龄为 (25.21 ± 6.26) 岁;血管内径在 2.5~5.3 mm 之间,平均为 (2.81 ± 1.52) mm。在发病部位方面,54 例患者为左侧,26 例患者为右侧;在病情方面,29 例患者轻度,29 例患者中度,22 例患者重度;在就诊原因方面,20 例患者为睾丸坠胀不适,50 例患者为不育,10 例患者体检发现。依据随机数字表法将这些患者分为研究组和对照组两组,每组平均 40 例。两组患者一般资料比较差异均不显著($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会批准。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	分类	研究组($n=40$)	对照组($n=40$)
平均年龄(岁)	-	23.21 ± 6.25	26.21 ± 6.22
平均血管内径(mm)	-	2.71 ± 1.53	2.91 ± 1.50
发病部位	左侧	25(62.5)	29(72.5)
	右侧	15(37.5)	11(27.5)
病情	轻度	15(37.5)	14(35.0)
	中度	13(32.5)	16(40.0)
	重度	12(30.0)	10(25.0)
就诊原因	睾丸坠胀不适	9(22.5)	11(27.5)
	不育	26(65.0)	24(60.0)
	体检发现	5(12.5)	5(12.5)

1.2 治疗方法

1.2.1 研究组 给予研究组患者外环下精索静脉显微解剖结扎术治疗,首先对患者进行局部麻醉或硬脊膜外麻醉,然后将一切口开在腹股沟外环下阴囊顶部,长度为 3cm 左右。将皮肤、皮下组织等切开,对精索进行分离,然后将其提取出来,之后对其进行解剖分离到阴囊,向切口外挤睾丸,对扩张的提睾肌静脉进行结扎。10 倍手术显微镜下对直径在 1mm 以上的精索外静脉进行结扎,如果有扩张的静脉存在于睾丸引带处,则结扎,还纳睾丸,将精索提取出来,将提睾肌及精索内外筋膜切开,对精索内静脉进行分离,从而对直径在 1mm 以上的静脉进行结扎。对睾丸动脉及神经等进行严格的保护。如果输精管周围扩张静脉的直径在 1mm 以上,则对其进行结扎,如果患者的病情处于中重度,则通常情况下有高度扩张、迂曲等的曲张静脉存在于近睾侧,这就就需要先在近心端结扎,在远心端将静脉壁剪开放血,然后结扎,使静脉完全空虚,以为术后有效缓解患者的临床症状提供

良好的前提条件。最后只剩下睾丸动脉、输精管及直径在 1mm 以下的细小静脉。对出血存在情况进行认真细致的检查,还纳精索,折叠缝合提睾肌,将切口缝合住^[2]。

1.2.2 对照组 给予对照组患者经腹膜后精索静脉高位结扎术治疗,首先对患者进行腰麻或硬膜外麻醉,让患者取平卧位,常规为术野消毒。然后将斜切口开在左下腹反麦氏点处,长度为 3cm 左右,沿着纤维方向将腹外斜肌腱膜切开,用止血钳将腹内斜肌、腹横肌钝性分开,将膜横筋膜切开,推腹膜至内侧,将扩张的精索内静脉从腹膜后、腰大肌前寻找出来,通常为 1~2 条,对精索血管进行集束钳夹将其切断并结扎,但避免对结扎动脉血管进行结扎^[3]。

1.3 术后处理

手术之后让两组患者常规口服抗生素,通常情况下患者的工作和活动能力能够在 2~3d 后有所恢复,5~6d 后为研究组患者的外环下切口拆线,6~7d 后为对照组患者的经腹膜后高位切口拆线,同时常规给予两组患者 100 mg 天然维生素 E,每天 1 次^[4]。

1.4 观察指标

治疗前后依据世界卫生组织《人类精液及精子-宫颈黏液相互作用实验检查手册》第 3 版标准分析方法^[5]对两组患者的精子密度、精子活力(a+b)及畸形率等进行认真细致的观察和分析,其中精子巴氏染色后计数结果为畸形率的计算标准。如果手术后一段时间后,阴囊部感到疼痛发胀等,或者不感到疼痛,但是阴囊部下坠感极为严重,则评定为复发。术后对两组患者进行 1 年的随访,分别在术前术后对精液常规进行复查。

1.5 统计学处理

对本研究中所有数据进行统计学处理的过程中运用统计学软件 SPSS20.0,分别用率和 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计数资料和计量资料,然后分别用 χ^2 和 t 检验组间比较,差异具有统计学意义的标准为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者的手术时间、住院时间及住院费用比较

研究组患者的手术时间显著短于对照组($P < 0.05$),但两组患者的住院时间和住院费用之间的差异均不显著($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的手术时间、住院时间及住院费用比较

组别	例数	手术时间(min)	住院时间(d)	住院费用(元)
研究组	40	$37.03 \pm 17.20^*$	5.37 ± 2.19	$7\,116.3 \pm 382.39$
对照组	40	47.56 ± 23.38	5.86 ± 2.03	$7\,198.9 \pm 525.21$

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2 两组患者术前术后的精液相关指标比较

研究组患者术后的精子密度、精子活力、正常形态显著高于术前和对照组($P < 0.05$),畸形率显著低于术前和对照组($P < 0.05$),对照组患者术前术后的精液相关指标之间的差异均不显著($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术前后术后的精液相关指标比较

组别	时间	精子密度 ($10^6/\text{mL}$)	精子活力 (%)	畸形率 (%)	正常形态 (%)
研究组	术前	19.78 ± 5.34	24.46 ± 5.14	40.50 ± 4.95	53.10 ± 4.75
	术后	49.25 ± 6.54 ^{#*}	47.35 ± 7.63 ^{#*}	27.25 ± 7.54 ^{#*}	79.52 ± 6.84 ^{#*}
对照组	术前	20.43 ± 7.32	22.64 ± 4.31	37.64 ± 5.78	50.10 ± 5.55
	术后	27.25 ± 7.54	35.35 ± 6.63	31.59 ± 7.26	60.51 ± 4.63

注:与同组术前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组比较,^{*} $P < 0.05$

2.3 两组患者的术后并发症发生情况及复发情况比较

研究组患者的术后并发症发生率和复发率 15.0% (1/40)、

0(0),均显著低于对照组 55.0% (22/40)、12.5% (5/40) ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者的术后并发症发生情况及复发情况比较

组别	例数	术后并发症发生情况					术后复发情况
		阴囊水肿	附睾炎	鞘膜积液	睾丸萎缩	总发生	
研究组	40	2 (5.0)	2 (5.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	6 (15.0) [*]	0(0) [*]
对照组	40	8 (20.0)	5 (12.5)	5 (12.5)	4 (10.0)	22 (55.0)	5 (12.5)

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$

3 讨论

精索静脉曲张是指精索里的静脉因回流受阻而出现的盘曲扩张,是青壮年常见的疾病,是指因精索静脉血流淤积而造成精索蔓状丛(静脉血管丛)血管扩张、迂曲和变长。10% ~ 15%的男性会发生精索静脉曲张,直接而深刻地影响着男性不育,其中 30% ~ 50%的精索静脉曲张患者会发生不育^[6]。无症状的轻度精索静脉曲张不需治疗;轻度精索静脉曲张或伴有神经衰弱者可托阴囊、冷敷等,则给予其非手术治疗;如果患者较重的精索静脉曲张、精子数连续三次在 2 千万以下或有睾丸萎缩者,平卧时曲张之静脉可消失者,则给予其手术治疗,可行精索内静脉高位结扎术。现阶段,外环下精索静脉结扎术、高位精索静脉结扎术等是临床常用的手术治疗方法,传统经典手术方法由于没有将精索静脉返流彻底阻断,因此无法显著改善患者的精液质量,且极易引发患者复发^[7]。从解剖上来看,精索静脉曲张包括内外静脉、引带静脉及相应静脉交通支,传统高位结扎方法在解剖位置的影响下无法有效阻断外静脉及交通支等,造成睾丸所生存的环境仍然有毒,因此会引发上述结果^[8]。精索静脉外环下低位结扎,过去认为这一水平静脉太多,难以保证蔓状静脉丛内的梭鱼静脉均被结扎,近年来显微外科技术的应用使这一问题得以解决。理论上通过低位结扎可阻断所有与精索内静脉有吻合的静脉,并且可以同时处理精索内静脉系统以外的静脉。显微解剖技术可以保证结扎效果而又不损伤动脉、淋巴管。国外相关医学学者研究表明,和腹腔镜下高位结扎或开放手术相比,经外环下精索静脉显微解剖结扎术更能显著改善患者的精子活力及浓度^[9]。本研究结果表明,研究组患者的手术时间显著短于对照组 ($P < 0.05$),术后精子密度、精子活力及正常形态显著高于对照组 ($P < 0.05$),畸形率显著低于对照组 ($P < 0.05$),并发症发生率和复发率均显著低于对照组 ($P < 0.05$),和相关医学研究结果一致,充分说明了外环下精索静脉显微解剖结扎术治疗精索静脉曲张患者能

够显著缩短手术时间、提高精液质量、降低术后并发症发生率及复发率,安全可行,值得推广。

参 考 文 献

- [1] 姜瑞. 三种手术方式治疗精索静脉曲张的疗效对比. 安徽医科大学, 2013.
- [2] 杨春生, 刘忠泽, 苏运强. 显微镜辅助外环下精索静脉集束结扎术治疗精索静脉曲张 53 例. 天津医药, 2013(1):69-70.
- [3] 刘军明, 黄之前, 姚文亮. 等. 腹股沟外环下显微精索静脉结扎术的临床疗效观察. 江西医药, 2014(1):33-36.
- [4] 陈海平, 晏凌飞, 刘玉峰. 等. 显微技术精索静脉结扎术在精索静脉曲张治疗中的应用. 四川医学, 2014(1):83-84.
- [5] 石玉栋, 王会玲, 丁红辉. 腹膜后精索静脉高位结扎术联合药物治疗精索静脉曲张所致不育 55 例临床观察. 河北中医, 2014(4):576-578.
- [6] 刘洁, 石红林, 陈国晓. 等. 腹腔镜 2 种术式治疗精索静脉曲张疗效观察. 中华实用诊断与治疗杂志, 2014(1):69-70.
- [7] 邓云山. 内环处小切口精索静脉集束性结扎治疗精索静脉曲张临床效果的探讨. 中国性科学, 2013, 22(7):6-8.
- [8] 李颂, 李正明, 李刚. 等. 高位结扎配合黄精赞育胶囊对精索静脉曲张术后不孕症患者的疗效观察. 中国性科学, 2014, 23(3):17-19.
- [9] Taha A. Abdel - Meguid, Hasan M. Farsi, Ahmad Al - Sayyad, et al. Effects of varicocele on serum testosterone and changes of testosterone after varicocelectomy: A prospective controlled study. Urology, 2014, 84(5):1081-1087.
- [10] Justin J. Nork, Jonathan H. Berger, Donald S. Crain, et al. Youth varicocele and varicocele treatment: a meta - analysis of semen outcomes. Fertility and Sterility, 2014. 102(2):381-387.
- [11] Mary K. Samplaski, Changhong Yu, Michael W. Kattan, et al. Nomograms for predicting changes in semen parameters in infertile men after varicocele repair. Fertility and Sterility, 2014. 102(1):68

- 74.

- [12] Taymour Mostafa, Laila Rashed, Nashaat Nabil, et al. Seminal BAX and Bcl2 gene and protein expression in infertile men with varicocele. *Urology*, 2014. 84(3):590-595.
- [13] Noritoshi Enatsu, Kohei Yamaguchi, Koji Chiba, et al. Clinical outcome of microsurgical varicocelectomy in infertile men with severe oligozoospermia. *Urology*, 2014. 83(5):1071-1074.

- [14] Joceline S. Liu, Madeline Jones, Jessica T. Casey, et al. Diagnosis of varicoceles in men undergoing vasectomy may lead to earlier detection of hypogonadism. *Urology*, 2014. 83(6):1322-1325.
- [15] Wen-Liang Liu, Yu-An Chen, Yu-Wei Lai, et al. Nationwide survey to evaluate the characteristics of medical utilization in patients with varicocele in Taiwan. *Urological Science*, 2014(8):101-105.

(收稿日期:2014-09-15)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.008

120 例子宫脱垂患者的影响因素及临床治疗情况分析

李继红¹ 张震¹ 郭广林²

1 枣阳市第一人民医院妇科, 湖北 襄阳 441200

2 湖北医药学院第四临床学院妇产科, 湖北 十堰 442000

【摘要】目的:探讨子宫脱垂的临床治疗情况及其严重程度的危险因素。方法:收集了我院 2011 年 9 月至 2014 年 1 月期间收治的 120 例诊断为子宫脱垂的患者的临床资料,并对其子宫脱垂程度、相关危险因素以及主要的手术方式进行了分析。结果:120 例子宫脱垂的患者中,子宫脱垂 I 度有 23 例(19.2%), II 度有 61 例(50.8%), III 度有 36 例(30.0%),经过单因素及多因素回归分析后发现,年龄越大、阴道分娩次数越多、绝经及子宫脱垂病史等均会影响子宫脱垂的严重程度;而对于子宫脱垂或合并阴道前后壁膨出的患者,主要采用的手术方式有曼氏手术、经阴道子宫全切术+阴道壁修补术、部分宫颈切除术+阴道壁修补术等方式。结论:手术治疗子宫脱垂的患者均能够获得较好的效果,应该根据影响子宫脱垂严重程度的相关危险因素酌情选择治疗方式,能够提高预后。

【关键词】 子宫脱垂;危险因素;手术治疗

The clinical analysis of 120 patients with uterine prolapsed LI Jihong¹, ZHANG Zhen², GUO Guanglin². 1. Department of Gynecology, Zaoyang First People's Hospital, Xiangyang 441200, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, The Fourth Clinical School of Hubei Medical College, Shiyan 442000, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical treatment of uterine prolapse and its risk factors. Methods: The clinical data of 120 uterine prolapse patients in our hospital from September 2011 to January 2014 were collected to analyze the degree of uterine prolapse, risk factors and main operation modes. Results: In the 120 patients with uterine prolapse, there were 23 cases (19.2%) of grade I, 61 cases (50.8%) of grade II and 36 cases (30%) of grade III. The regression analysis of single factor and multi factors found that the older, the more times of vaginal birth, menopause and uterine prolapse history would affect the severity of uterus prolapsed. For uterine prolapse patients, the Man operation, vaginal hysterectomy + vaginal repair, part of the cervical resection + vaginal repair would be effective. Conclusions: Operations can achieve good effect in treating uterine prolapse patients. Proper treatment method should be chosen based on the risk factors of uterine prolapse severity to improve the prognosis.

【Key words】 Uterine prolapse; Risk factors; Operation treatment

【中图分类号】 R711.23

【文献标志码】 A

子宫脱垂是指子宫沿着阴道下降,在宫颈口低于坐骨棘水平,甚至全部脱出阴道口外,并且子宫脱垂常常伴有阴道前、后壁膨出或脱出,有时膀胱、尿道、直肠等也会有不同程度的膨出

或脱出,子宫脱垂常常并发炎症和肿瘤,患者常因外阴肿物、阴道流血、排尿困难等就诊^[1]。相关研究统计,中国的子宫脱垂的发生率约为 1%~4%,并且体力劳动者、山区及多产妇的发生率较高^[2]。本研究通过对我院 2011 至 2014 年期间的 120 例子宫脱垂的患者的临床资料进行了研究分析,探讨了子宫脱垂的临床情况及相关影响因素,旨在为临床诊断和治疗提供相关依据。

【第一作者简介】李继红(1967-),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

按就诊顺序选取我院 2011 年 9 月至 2014 年 1 月期间收治的 120 例诊断为子宫脱垂的患者进行研究,所有患者均符合子宫脱垂及其并发症等的相关诊断,并排除了合并心、脑、肾等其他器官严重功能障碍或存在恶性肿瘤的患者。所有患者年龄为 31~78 岁,平均年龄(62.5 ± 5.3)岁,其中年龄超过 60 岁 68 例,低于 60 岁 52 例,合并阴道前壁膨出 54 例,合并阴道后壁膨出 22 例,宫颈延长 11 例,伴有阴道出血 31 例,排尿困难 26 例,排便困难 12 例。

1.2 诊断标准^[3]

1.2.1 子宫脱垂诊断标准 将子宫脱垂分为低位子宫:腹压下宫颈下垂超过坐骨棘水平,但在阴道口观察不到;Ⅰ度:宫颈下垂到达阴道口或腹压时可以看到宫颈但未脱出阴道口外;Ⅱ度:仅有部分宫颈或部分宫体脱出阴道口;Ⅲ度:宫颈、宫体全部脱出阴道口外。

1.2.2 子宫脱垂并发症诊断标准 阴道前壁膨出分为轻度:阴道前壁脱出阴道口 2~4cm;中度:阴道前壁脱出阴道口超过 4cm;重度:随着子宫脱垂阴道前壁外翻于阴道口外。阴道后

壁膨出分为轻度:阴道后壁脱出阴道口 1~3cm;中度:阴道后壁脱出阴道口超过 3cm;重度:随着子宫脱垂阴道后壁外翻于阴道口外。宫颈延长:对子宫脱垂Ⅰ度以上患者采用子宫探针测量,宫颈深度超过 9cm 为宫颈延长。

1.3 统计学方法

本次研究获得的所有数据均采用 SPSS17.0 统计软件处理,计数资料采用 χ^2 检验,计数结果以 $[n(\%)]$ 形式表达。对子宫脱垂的相关影响因素进行 Log-Rank 单因素分析及 Logistic 多因素分析, $P < 0.05$ 时表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 子宫脱垂情况

120 例子宫脱垂的患者中,子宫脱垂Ⅰ度 23 例,占 19.2%;子宫脱垂Ⅱ度 61 例,占 50.8%;子宫脱垂Ⅲ度 36 例,占 30.0%。

2.2 子宫脱垂相关危险因素分析

经过单因素及多因素分析后发现,年龄越大、阴道分娩次数越多、绝经及脱垂病史等均是重度子宫脱垂的相关危险因素,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 子宫脱垂单因素分析

	指标	例数	Ⅰ度脱垂	Ⅱ度脱垂	Ⅲ度脱垂	χ^2	P
年龄	<60	52	13(25.0)	35(67.3)	4(7.7)	8.57	<0.05
	≥60	68	10(14.7)	26(38.2)	32(47.1)		
分娩情况	无分娩	4	1(25.0)	2(50.0)	1(25.0)	12.86	<0.05
	阴道分娩 1 次	63	21(33.3)	41(65.1)	1(1.6)		
	阴道分娩 ≥1 次	53	1(1.9)	18(34.0)	34(64.1)		
体质指数	≤23	71	11(15.5)	39(54.9)	21(29.6)	0.86	>0.05
	>23	49	12(24.5)	22(44.9)	15(30.6)		
子宫脱垂病史	有	13	0	1(7.7)	12(92.3)	9.24	<0.05
	无	107	23(21.5)	60(56.1)	24(22.4)		
绝经情况	是	98	16(16.3)	48(49.0)	34(34.7)	14.27	<0.05
	否	22	7(31.8)	13(59.1)	2(9.1)		

表 2 子宫脱垂多因素分析

因素	β	SE(β)	χ^2	P	RR	95% CI	
						下限	上限
高龄	1.435	0.614	5.462	0.026	4.200	1.261	13.991
脱垂病史	1.512	0.385	15.423	0.006	4.536	2.133	9.647
阴道分娩	1.487	0.515	8.337	0.014	4.424	1.612	12.139
绝经	1.782	0.348	26.221	0.000	5.942	3.004	11.753

2.3 治疗方式分析

本次研究的所有患者中共有 13 例患者有子宫脱垂既往病史,其中 11 例(%)患者于院外进行手术治疗,2 例(%)患者于本院进行手术治疗,其中 7 例患者采用了宫颈部分切除、主韧带缩短、阴道壁修补的曼氏手术,本次再次出现脱垂并有 4 例伴有

后壁膨出,3 例伴有前、后壁膨出;其余 6 例患者为轻度脱垂后采用阴道前、后壁修补,术后 6~10 个月再次出现并逐渐加重,同时伴有前后壁膨出。

本次 120 例患者均进行了手术治疗,其中阴式子宫全切除术、阴道壁修补术 48 例,曼氏手术(宫颈部分切除、主韧带缩

短、阴道壁修补)44 例,部分宫颈切除术、阴道壁修补术 12 例,单纯阴道前、后壁修补术 10 例,经腹筋膜外的子宫全切除术 2 例,阴式子宫全切除术 1 例,宫颈残端切除术及阴道前、后壁修补术 2 例,经腹筋膜内的子宫全切除术、主骶韧带悬吊术 1 例,会阴裂口缝合术 1 例。所有患者均治愈后出院,平均手术时间为 (1.23 ± 0.86) h,术后平均住院时间为 (9.12 ± 2.43) d。

3 讨论

3.1 子宫脱垂的病因及诊断

子宫脱垂主要是由于分娩时导致盆底支持组织的损伤后引起的盆底功能障碍,或是由于长期的腹压过高造成的病变,如长期便秘、慢性咳嗽、腹腔肿瘤、绝经后雌激素水平下降导致盆底支持组织发生萎缩、遗传因素等均是可能的病因^[4]。临床上患者常因排便、排尿困难,阴道出血而就诊,因此对于患者应当仔细了解是否有生殖道的炎症、肿瘤以及外伤损伤,并在无外界干扰因素时进行妇科检查,包括观察各生殖系统器官是否出现红肿以及异常分泌物,阴道前、后壁情况,宫颈的长度,子宫的大小及活动度,附件情况等。并对患者的分娩情况、外伤情况、有无腹内高压的相关疾病或家族遗传疾病等进行仔细询问^[5]。

3.2 子宫脱垂的相关影响因素

年龄的增长导致患者卵巢功能退化,因此机体内雌激素水平明显降低,并且在绝经后妇女机体内的雌激素分泌也进一步减少,盆底支持组织的供血、神经的营养状况均较差,导致局部损伤后无法及时有效地修复^[6],因此,盆底支持组织薄弱萎缩导致子宫脱垂的发生^[7]。并且对于阴道分娩的患者以及脱垂病史进行手术的患者在手术或分娩过程中可能造成对阴道及相关组织结构的变化或损伤而加大了子宫脱垂发生的风险^[8],本次研究中对这些危险因素进行了分析处理,证明了其对子宫脱垂严重程度具有一定的影响。但有研究显示^[9],肥胖或消瘦的妇女出现子宫脱垂的风险也比较高,而部分代谢性疾病的患者因为营养不良而导致体力衰弱、肌肉松弛、盆内筋膜萎缩等,从而引发子宫脱垂^[10]。而本次研究中发现体质指数对子宫脱垂的影响程度无显著差异($P > 0.05$),与其他研究不符,可能原因是对体质指数的分组不细致或是子宫脱垂的出现是多因素诱发的,而较少因为体质指数这一单一因素引起^[11]。

3.3 子宫脱垂的手术治疗

本次 120 例患者全部采取手术治疗,其中主要的手术方式有阴式子宫全切除术+阴道壁修补术、曼氏手术、部分宫颈切除术+阴道壁修补术、单纯阴道前后壁修补术^[12]。传统的手术治疗中采用肌肉、筋膜对阴道中段进行充垫,改变了盆底的解剖位,但无法改善阴道上段出现的缺陷,因此容易复发,并且阴道变窄也会影响性生活的质量^[13]。近年来的新型手术方式旨在最大程度的恢复解剖及功能并尽量满足微创原则^[14]。在本次研究中,采用传统手术方式治疗子宫脱垂虽能获得较好的效果,但仍存在一些不足;新的手术方式的短期效果好,但远期效果需要进一步循证^[15]。

综上所述,通过对本次 120 例子宫脱垂患者的研究后发现,

对于子宫等生殖器的脱垂进行手术治疗,应该尽量按照个体化原则制定方案^[16],根据相关的影响因素来综合考虑而制定最佳方案。本组研究中,对于不同程度、不同并发症的患者进行不同方案的治疗,获得了较好的效果,并且能够有效改善患者预后。

参 考 文 献

- [1] 王晓航,黄宇晖. 子宫脱垂的术式研究进展. 医学综述, 2013, 19(21): 3917-3919.
- [2] 李会影. 子宫脱垂的临床特点及治疗方法. 微量元素与健康研究, 2012, 29(4): 24-25.
- [3] 杨金香. 25 例子宫脱垂伴阴道前后壁膨出行阴式子宫切除术后疗效观察. 中国当代医药, 2012, 19(5): 40-41.
- [4] 黄小兰,周云清,徐惠贞. 子宫脱垂 4 种手术方式临床分析(附 152 例报告). 福建医药杂志, 2010, 32(1): 72-73.
- [5] Hakvoort RA, Lakeman MM, Vollebregt A, et al. A prospective study to identify risk factors for the occurrence of abnormal post void residual bladder volume (PVR) following vaginal prolapse surgery. Voiding Dysfunction After vaginal Prolapse Surgery, 2012, 65(4): 417-418.
- [6] 杨红灵. 腹腔镜全子宫切除术加阴道顶端悬吊治疗子宫脱垂临床分析. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14(23): 33-33.
- [7] 朱兰,郎景和. 盆腔器官脱垂治疗应重视的几个问题. 中华妇产科杂志, 2011, 46(8): 561-563.
- [8] Qatawneh A, Thekrallah F, Bata M, et al. Risk factors of surgical failure following sacrospinous colpopexy for the treatment of uterovaginal prolapse. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2013, 287(6): 1159-1165.
- [9] 朱兰,王静怡,郎景和,等. 北京协和医院健康体检妇女盆腔器官脱垂程度及其危险因素分析. 中华妇产科杂志, 2010, 45(7): 501-505.
- [10] 龙素萍. 子宫脱垂 237 例临床分析. 中国医药指南, 2011, 9(19): 244-245.
- [11] Tan - Kim J, Menefee SA, Luber KM, et al. Prevalence and risk factors for mesh erosion after laparoscopic - assisted sacrocolpopexy. International Urogynecology Journal, 2011, 22(2): 205-212.
- [12] 邱凤. 子宫脱垂的预防. 中国实用医药, 2010(30): 113-114.
- [13] De Tayrac R, Cornille A, Eglin G, et al. Comparison between trans - obturator trans - vaginal mesh and traditional anterior colporrhaphy in the treatment of anterior vaginal wall prolapse: results of a French RCT. International Urogynecology Journal, 2013, 24(10): 1651-1661.
- [14] 刘亚静. 阴式子宫切除与阴道修补术治疗子宫脱垂伴阴道前后壁膨出疗效研究. 中外医疗, 2013(1): 81-82.
- [15] Walters MD, Ridgeway BM. Surgical treatment of vaginal apex prolapse. Obstetrics & Gynecology, 2013, 121(2, PART 1): 354-374.
- [16] 李学梅. 子宫脱垂前后壁修补改良桥式修补法 20 例临床分析, 中国现代医生, 2013(36): 140-141.

(收稿日期:2014-09-16)

• 性医学 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.009

242 例子官内膜异位症患者腹腔镜检病灶特点与盆腔疼痛相关性分析

陈素芬¹ 彭丽娟¹ 刘久英²

1 武汉市东西湖区人民医院妇产科, 武汉 430040

2 武汉市妇幼保健院妇产科, 武汉 430016

【摘要】目的:探讨子宫内膜异位症患者腹腔镜检病灶特点与盆腔疼痛的相关性。方法:分析2009年2月至2014年2月于我院诊治的242例子官内膜异位症的临床资料,记录患者手术前盆腔疼痛的性质和程度及患者术中所见的病变部位、类型、浸润深度及粘连程度,分析盆腔疼痛与腹腔镜检病灶特点的相关性。结果:(1)34例为单纯子宫内膜异位囊肿的患者无盆腔疼痛,208例为子宫内膜异位囊肿合并盆腔粘连、深部浸润及腹膜病灶的患者,均有不同程度的盆腔疼痛。(2)手术所见病变位于子宫直肠凹者81例,位于子宫骶韧带者73例,位于阔韧带者74例,位于输卵管与子宫表面者45例,位于输卵管与反折腹膜者18例。其中,病变位于子宫直肠凹及子宫骶韧带者盆腔疼痛发生率显著高于病变位于其它部位的患者($P < 0.05$)。(3)轻度盆腔粘连66例,中重度粘连142例,中重度粘连患者的盆腔疼痛发生率明显高于轻度粘连者($P < 0.05$)。(4)64例为浅表型浸润(深度 $< 5\text{mm}$),144例为深部型浸润(深度 $\geq 5\text{mm}$),深部型浸润患者盆腔疼痛发生率明显高于浅表型浸润患者($P < 0.05$)。结论:子宫内膜异位症患者盆腔疼痛与腹腔镜检所见病灶的特点关系密切,盆腔粘连、深部浸润、骶韧带及子宫直肠凹部位病变等为盆腔疼痛的重要相关因素。

【关键词】 盆腔疼痛;子宫内膜异位;相关性

Retrospective analysis of the relation between the pelvic pain and the lesion features in 242 patients with endometriosis CHEN Sufen¹, PENG Lijuan¹, LIU Jiuying². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Wuhan City Dongxihu District People's Hospital, Wuhan 430040, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Wuhan Maternal and Child Health Hospital, Wuhan 430016, China

【Abstract】 **Objectives:** To investigate the relation between the pelvic pain and the lesion features in patients with endometriosis. **Methods:** 242 patients with endometriosis from February 2009 to May 2014 in our hospital were analyzed retrospectively. The characters of pelvic pain and the lesion features such as location, type, depth and adhesion degree were all recorded. The relation between the pelvic pain and the lesion features was analyzed. **Results:** ① In 242 cases of endometriosis, the pelvic pain was not found in 34 cases with simple endometrial cyst and 208 cases with endometriosis combined with pelvic adhesion and deeply infiltrating nodules suffered from pelvic pain in different degree. ② There were 81 patients with lesion located in rectum pouch, 73 patients with lesion located in uterosacral ligament, 74 patients with lesion located in broad ligament, 45 patients with lesion located in the surface of the fallopian tubes and uterus and 18 patients with lesion located in the tubal and peritoneal fold. The incidence rates of chronic pelvic pain in those lesions located in rectouterine pouch and uterosacral ligament were significantly higher than those in other positions ($P < 0.05$). ③ The incidence rate of chronic pelvic pain in severe pelvic adhesions was significantly higher than those in mild pelvic adhesions ($P < 0.05$). ④ The incidence rates of chronic pelvic pain in 144 patients with deep invasion (depth $\geq 5\text{mm}$) were significantly higher than 64 cases of superficial invasion (depth $< 5\text{mm}$) ($P < 0.05$). **Conclusions:** The pelvic pain of endometriosis is notably related to endometriotic lesion features. Pelvic adhesion and deeply infiltrating lesions in uterosacral ligaments and rectouterine pouch are the most frequent reasons resulting in pelvic pain.

【Key words】 Pelvic pain; Endometriosis; Relevance

【中图分类号】 R711.74

【文献标志码】 A

子宫内膜异位症(endometriosis, EMT)是指具有生长功能的

子宫内膜组织出现在子宫腔以外的身体其他部位并种植生长而发生的病变^[1],其患病率约占育龄期妇女的10%~15%^[2]。目前异位子宫内膜的来源尚不清楚,目前主要学说有:子宫内膜学说、淋巴及静脉播散学说、体腔上皮化生学说、诱导学说、

遗传学说及免疫调节学说等^[3]。目前关于 EMT 盆腔疼痛与子宫内
膜异位病灶特征间的关系尚不多,本文旨在探讨 EMT 患者
腹腔镜检病灶特点与盆腔疼痛的相关性,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

根据门诊就诊日期为单数日选取 2009 年 2 月至 2014 年 2
月于我院诊治的 242 例 EMT 患者,并收集其临床资料,患者主
诉主要为盆腔包块、盆腔疼痛及痛经进行性加重等。242 例
EMT 患者年龄为 28~44 岁,平均(38.92±7.3)岁,所有患者术
前 3 个月内未使用激素类药物治疗。所有患者经腹腔镜手术证
实为 EMT。记录患者痛经、慢性盆腔疼痛、排便痛及性交痛等
症状的情况,盆腔体格检查包括子宫的大小、活动度、双侧附件
有无包块、有无宫骶韧带或阴道直肠隔结节等。

1.2 盆腔疼痛评定标准

采用视觉模拟量表(VAS 评分)评估疼痛程度^[6],以 0~10
分连续变量值来确定疼痛等级,分值越大表示疼痛程度越重:0
分为无疼痛,1~4 分为轻度疼痛,5~7 分为中度疼痛,≥8 分为
重度疼痛。所有患者均在手术前进行疼痛评估。

1.3 手术方法及术中记录

242 例 EMT 均在全麻下行腹腔镜手术。术中先探查盆腹
腔,记录 EMT 病灶位置、颜色、盆腔粘连程度、浸润深度等。盆
腔粘连程度评定标准^[4]:轻度:输卵管伞端轻度粘连,盆腔疏松
粘连和(或)无血管性粘连;中度:输卵管伞端轻度粘连,分离后
功能尚可,盆腔有致密和(或)血管性粘连;重度:输卵管伞端重
度粘连,需要造口,盆腔有致密和(或)严重血管性粘连,甚至无
法手术。腹膜型 EMT 病变浸润深度评定标准^[5]:浅表型:浸润
深度<5mm;深度型:浸润深度≥5mm。

1.4 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学分析,正态分布的计量
资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。正态计量资料组间比较采
用 *t* 检验,计数资料以 [*n*(%)]表示,组间差异采用 χ^2 检验,*P*<
0.05 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 盆腔疼痛与病变类型的关系

242 例 EMT 患者中,34 例为单纯子宫内
膜异位囊肿,有盆
腔疼痛症状者 0 例;208 例为子宫内
膜异位囊肿合并盆腔黏连、
深部浸润及腹膜病灶,均有不同程度的盆腔疼痛,其中盆腔疼
痛表现为痛经者 153 例,慢性盆腔疼痛 83 例,排便痛 58 例,性
交痛 47 例。

2.2 盆腔疼痛发生率与病变部位的关系

手术所见病变位于子宫直肠凹者 81 例,位于子宫骶韧带者
73 例,位于阔韧带者 74 例,位于输卵管与子宫表面者 45 例,位
于输卵管与反折腹膜者 18 例。其中,病变位于子宫直肠凹及子
宫骶韧带者慢性盆腔疼痛、痛经、排便痛及性交痛发生率显著
高于病变位于其它部位的患者(*P*<0.05)。见表 1。

2.3 盆腔疼痛与盆腔粘连的关系

242 例 EMT 患者中,轻度盆腔粘连 66 例,中重度粘连 142
例,34 例单纯子宫内
膜异位囊肿无盆腔粘连。中重度粘连患
者的盆腔疼痛发生率为 89.4%(127/142),明显高于轻度粘连者
的 53.0%(35/66)(*P*<0.05)。见表 2。

表 1 疼痛发生率与病变部位的关系

部位	例数	慢性盆腔 疼痛	痛经	排便痛	性交痛
子宫直肠凹	81	66(81.5)	64(79.0)	66(81.5)	30(37.0)
子宫骶韧带	73	60(82.2)	63(86.3)	32(43.8)	68(93.2)
阔韧带	74	5(6.8)	6(8.1)	3(4.1)	1(1.4)
输卵管与子宫表面	45	3(6.7)	10(22.2)	1(2.2)	2(4.4)
输卵管与反折腹膜	18	0	2(11.1)	0	0

表 2 盆腔疼痛与盆腔粘连的关系

粘连程度	例数	慢性盆腔 疼痛	VAS 评分(分)			排便痛	性交痛
			1~4	5~7	≥8		
轻度	66	35	22	7	2	12	3
中重度	142	127	20	55	49	61	26

2.4 盆腔疼痛与病变浸润深度的关系

根据术中所见,64 例为浅表型浸润(深度<5mm),144 例
为深部型浸润(深度≥5mm),深部型浸润患者盆腔疼痛发生
率为 93.75%(135/144),明显高于浅表型浸润患者的 60.9%(39/
64)(*P*<0.05);34 例单纯子宫内
膜异位囊肿中,33 例(97.1%)
为浅表型浸润。

3 讨论

EMT 发病率近年来明显增高,已成为妇科的多发病和常见
病^[7],不同程度的疼痛是 EMT 的特征性临床症状^[8],包括痛
经、性交痛、排便痛、慢性盆腔痛、腰背部疼痛及放射至部分内
脏及肢体的疼痛等^[9],严重影响患者的身心健康及生活质量。

目前对 EMT 引起疼痛的原因的研究很多,认为有以下因素
是 EMT 引起疼痛的原因:(1)血清、腹腔液中的前列腺素浓度
增高诱发局部炎性反应,造成局部疼痛敏感;(2)子宫受到周围
病灶的刺激而收缩;(3)子宫周围粘连及病灶受到子宫肌纤维
牵引;(4)深部浸润病灶浸润至肌纤维组织,刺激感觉神经末
梢^[10,11]。本文结果显示,子宫内
膜异位囊肿合并盆腔粘连、深
部浸润及腹膜病灶,均有不同程度的盆腔疼痛,疼痛发生率显
著高于单纯子宫内
膜异位囊肿者,提示疼痛的发生与盆腔粘连
及深部浸润等因素密切相关。

盆腔神经为一对呈多边形的神经丛,贴近宫骶韧带的下
1/3 处。盆腔神经丛延伸至子宫颈旁神经丛,由其继续延伸出
的神经进入宫颈双侧。宫骶韧带结节及子宫直肠凹结节在月
经期因充血、水肿导致体积变大,压迫该部位神经而引起痛
经及排便痛。本文中,病变位于子宫直肠凹及子宫骶韧带者慢
性盆腔疼痛、痛经、排便痛及性交痛发生率显著高于病变位于
其它部位的患者(*P*<0.05)。

盆腔部位 EMT 主要分为腹膜型、卵巢型和深部结节型^[12],腹
膜型和深部浸润型内
膜异位病灶中均见神经纤维分布,而且神经纤
维密度与疼痛严重程度相关^[13,14]。本文研究结果表明,深部型浸
润患者疼痛发生率明显高于浅表型浸润者,与文献报道相符。

综上所述,EMT 患者盆腔疼痛与腹腔镜检所见病灶的特点
关系密切,盆腔粘连、深部浸润、骶韧带及子宫直肠凹部位病变
等为盆腔疼痛的重要相关因素。

参 考 文 献

- [1] 杨洋,徐晓玉. 巨噬细胞在子宫内膜异位症中的作用研究进展. 重庆医学, 2011, 40(15): 1532 - 1534.
- [2] 张海燕,朱芝玲. 子宫内膜异位症疼痛与缓激肽 B1 受体阻断剂的关系. 国际妇产科学杂志, 2012, 39(5): 503 - 506.
- [3] 张珂铭,王欢,李力. 子宫内膜异位症致病机制研究进展. 重庆医学, 2011, 40(2): 192 - 194.
- [4] 侯海燕,陈亚琼,陈晓,等. 不孕症患者盆腔粘连的相关因素及程度对输卵管再通的影响. 中华妇产科杂志, 2012, 47(11): 823 - 828.
- [5] 冷金花,郎景和,戴毅,等. 子宫内膜异位症患者疼痛与盆腔病灶解剖分布的关系. 中华妇产科杂志, 2007, 42(3): 165 - 168.
- [6] 潘蓓. 地佐辛、芬太尼及芬太尼联合曲马多用于全子宫切除术后镇痛的临床效果比较. 中华全科医学, 2011, 9(1): 31 - 98.
- [7] 张春燕,耿爱芝. 促性腺激素释放激素激动剂联合克龄蒙在子宫内膜异位症保守性手术后的应用. 广东医学, 2013, 34(3): 454 - 457.
- [8] 姚慧娇,黄秀峰,卢邦春,等. 子宫内膜异位症患者腹膜病灶中神经蛋白基因产物 9.5 的表达及其临床意义. 中华妇产科杂志, 2010, 45(4): 256 - 259.
- [9] 李晓燕,冷金花. 子宫内膜异位症疼痛研究进展和治疗策略. 国际妇产科学杂志, 2009, 36(3): 225 - 237.
- [10] Varma R, Sinha D, Gupta JK. Non - contraceptive uses of levonorgestrel - releasing hormone system (LNG - IUS) - a systematic enquiry and overview. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2006, 125(1): 9 - 28.
- [11] Lamvu G, Steege JF. The anatomy and neurophysiology of pelvic pain. J Minim Invasive Gynecol, 2006(1): 516 - 522.
- [12] 於永爱,金玉玉. 子宫内膜异位症疼痛机制. 中国妇产科临床杂志, 2011, 12(5): 398 - 400.
- [13] Wang G, Tokushige N, Markham R, et al. Rich innervations of deep infiltrating endometriosis. Hum Reprod, 2009(24): 827 - 834.
- [14] Mechsner S, Kaiser A, Kopf A, et al. A pilot study to evaluate the clinical relevance of endometriosis - associated nerve fibers in peritoneal endometriotic lesions. Fertil Steril, 2009(92): 1856 - 1861.

(收稿日期: 2014 - 08 - 13)

• 性医学 •

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.010

盆底肌肉训练治疗产后女性性功能障碍临床分析

石亚玲¹ 应德美²

1 重庆市第十三人民医院妇产科, 重庆 400053

2 中国人民解放军第三军医大学第二附属新桥医院, 重庆 400000

【摘要】目的: 研究分析盆底肌肉训练治疗产后女性性功能障碍的临床疗效。方法: 选取 2011 年 10 月至 2014 年 8 月在我院接受治疗的 84 例产后女性性功能障碍患者, 将其随机分为对照组和观察组, 每组 42 例患者。对照组患者应用中药进行常规的治疗, 观察组患者则采用盆底肌肉训练进行治疗。观察两组患者治疗前后盆底肌肉功能以及性生活的主、客观指标评分, 用统计学进行分析比较。结果: 观察组患者治疗后盆底肌肉功能评分明显得到提高, 经调查性生活的主、客观指标评分也明显得到改善, 且显著高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 盆底肌肉训练治疗可以显著提高患者的盆底肌肉功能, 进而改善患者的性功能障碍, 提高其性生活质量。

【关键词】盆底肌肉训练; 产后; 女性; 性功能障碍

Clinical analysis of pelvic floor muscle training in the treatment of postpartum female sexual dysfunction

SHI Yaling¹, YING Demei². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Chongqing Thirteenth People's Hospital, Chongqing 400053, China; 2. Xinqiao Hospital Affiliated to the Chinese People's Liberation Army Third Military Medical University, Chongqing 400000, China

【Abstract】Objectives: To study the clinical curative effect of pelvic floor muscle training in the treatment of postpartum female sexual dysfunction. Methods: 84 patients with postpartum female sexual dysfunction in our hospital from October 2011 to August 2014 were randomly divided into control group and observation group, 42 patients in each group. Patients in the control group were given traditional Chinese medicine for routine treatment and patients in the observation group were given pelvic floor muscle training. Scores of pelvic floor muscle function, sexual life and the main objective index in the two groups before and after treatment were analyzed and compared. Results: Pelvic floor muscle

function score of the observation group patients after training were improved significantly. After investigation, subjective and objective index scores were significantly improved and significantly higher than these of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Pelvic floor muscle training therapy can significantly improve pelvic floor muscle function of patients and then improve the sexual dysfunction of patients as well as their quality of life.

【Key words】 Pelvic floor muscle training; Postpartum; Women; Sexual dysfunction

【中图分类号】 R167 **【文献标志码】 A**

据调查结果显示,许多女性在产后会引发性功能障碍,以至于性功能障碍成为了产后女性的常见并发症之一^[1,2]。不过该问题并未引起患者和医师们的重视,临床医师也并未采用针对性的治疗方法对患者进行治疗,导致治疗的效果不佳,往往不能满足患者的需要。随着社会的发展,医疗领域的不断改善,近年来有部分临床医师对该病进行了研究分析,并且积极地寻找有效方法对其治疗。为此,我院分析了盆底肌肉训练方法用于治疗产后女性性功能障碍的临床效果,且得到了很大的收获,现将收集的资料和结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 10 月至 2014 年 8 月在我院接受治疗的 84 例产后女性性功能障碍患者为研究对象,应用随机数法将患者随机分为相等人数的对照组和观察组。其中,对照组:42 例产后女性性功能障碍患者,年龄为 23~40 岁,平均年龄为 (28.32 ± 4.62) 岁;观察组:42 例产后女性性功能障碍患者,年龄为 23~40 岁,平均年龄 (28.65 ± 4.82) 岁;两组女性均为第一胎分娩,无孕中引产史且均是阴道自然分娩。两组患者在年龄、孕产次以及分娩方式等方面具有可比性,均 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组患者采用自拟中药方剂(主要成分为玉竹、沙参、西洋参、麦冬、百合、蟹甲、龟甲、亚麻子、当归和桑椹等)进行治疗,主要用于温肾、养血、利湿以及理气等,口服 2 次/d,每 3 个月为 1 疗程;观察组患者则采用盆底肌肉训练方法进行治疗,治疗方法如下所述:治疗期间的每天早晚时候,通过训练师的指导协助,患者要进行肛门缩紧的动作,首周中,每次要持续收紧 3s,然后放松,进行 5~10min 的治疗;在首周以后患者每次训练收紧时间要增加至 5s,然后放松,连续时间也要增至 10~20min,3 个月为 1 疗程。

1.3 观察指标

采用盆底康复仪(武汉市众康医疗器械有限公司出产)检测患者的肌力,由专业医师检查患者阴道肌肉的收缩程度以及

持续收紧时间,通过患者盆底肌的收缩程度以及收紧时间来评估患者的盆底肌肉功能的强弱,并按评测标准将其分级,然后根据患者的盆底肌级别分别赋予相对应的分值;采用问卷调查的方法,调查患者治疗前后性功能客观指标的评分,客观指标包括 3 项:每周性生活次数、每次性生活持续时间、性伴侣满意度。分析比较两组患者治疗前后盆底肌肉功能及性功能客观指标的评分。

1.4 统计学分析

采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理,设定在双侧检验的情况下进行计量数据 t 检验,等级资料分析比较采用 Wilcoxon 秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后盆底肌肉功能以及性功能主观指标的比较

经治疗后,观察组患者的盆底肌肉功能评分以及问卷评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后盆底肌肉功能以及性功能主观指标的比较(分)

组别	例数	盆底肌肉功能		问卷评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	2.7 ± 0.9	3.0 ± 0.7	20.9 ± 5.7	22.8 ± 7.2
观察组	42	2.6 ± 0.8	4.3 ± 0.4	21.4 ± 6.2	35.2 ± 8.1
t	—	0.538	10.450	0.385	7.415
P	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后性功能客观指标的比较

治疗前,两组患者的指标无明显差异,经治疗后观察组患者在每周性生活次数、每次性生活持续时间以及性伴侣满意度三个方面都明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后性功能客观指标的比较

组别	例数	性生活次数(次/周)		每次性生活持续时间(min)		性伴侣满意度(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	0.4 ± 0.3	0.6 ± 0.2	5.4 ± 2.4	6.5 ± 3.2	30.6 ± 7.2	34.5 ± 6.4
观察组	42	0.5 ± 0.2	1.2 ± 0.6	5.2 ± 2.5	12.4 ± 3.8	31.2 ± 7.4	45.6 ± 12.4
t	—	1.797	6.148	0.374	7.700	0.378	5.155
P	—	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

性交过程是经过一系列生理作用而产生的综合结果,性生活

质量的好坏对女性而言,与许多因素有关,其中与人的心理和生理状态就有着密切关系^[3,4]。盆底肌肉是女性盆腔的基础结构,

它能与其他结缔组织共同工作,从而维持盆腔脏器的稳定,并且女性的激素分泌、性生理感知以及性生活过程都与盆底肌肉的收缩强弱有着密切关系^[5,6]。分娩过程中,女性的子宫会增大,承载着超高的重量,再由于盆底肌肉和韧带经过持续长时间的牵拉,最终就可能由于肌肉拉伤等原因使肌纤维松弛、盆底肌的舒张力受到影响^[7,8]。由于分娩是一个时间长,对阴道盆底肌肉持续压迫的过程,受到各种因素的影响,可能会导致身体某些部位受到损害,例如用力不当以及产程时间长等因素就可导致盆腔脏器移位或者骨关节变形等情况。如果造成这样的后果,那么就会一定程度上影响女性在性交中的生理感知能力和雌性激素的分泌,导致女性很难达到高潮,从而影响双方的性生活质量,造成性功能障碍^[9,10]。而且若女性伴侣在性交中有不适、不良感受等现象出现,这对女性的心理会带来巨大的负面影响,造成恶性循环^[11,12]。所以,我们应对女性的性功能障碍给予重视。

在早期,盆底肌肉训练理念就进入人们的视线,并逐渐在患者治疗中被应用,随着医疗领域的发展,该治疗方法越来越被广泛应用^[13]。近些年,有研究显示盆底肌肉训练对于女性会阴肌肉的收缩能力具有增强作用,还可促进产妇盆底肌肉收缩的感知性^[14,15]。本研究采用盆底肌肉训练治疗产后女性性功能障碍,取得了很好地效果。经治疗后观察组患者的盆底肌肉功能以及问卷评分明显高于对照组,说明盆底肌肉训练法用于治疗产后性功能障碍患者可以明显增强患者的盆底肌肉功能以及性生活质量;观察组患者在每周性生活次数、每次性生活持续时间以及性伴侣满意度三个方面都明显优于对照组,这间接说明盆底肌肉训练治疗可以改善产后女性的性功能障碍,提高性伴侣间的性生活质量,让性伴侣得到满意。

综上所述,盆底肌肉训练方法用于治疗产后女性性功能障碍,具有积极有效的作用,可以明显改善患者的盆底肌肉功能,提高患者的性生活质量,且该方法简便、可行,值得在临床上推广使用。

参 考 文 献

[1] 黄宝良,胡冰,张晓瑜,等. 盆底肌功能锻炼对产后女性性功能障碍

碍恢复的影响. 中国医疗前沿, 2011, 6(2): 86-87.

[2] 杨弟芳,郑颖. 产后性功能障碍的诊断评估和盆底功能康复治疗. 中国美容医学, 2011, 20(21): 216-217.

[3] 娄俊,黄欧平. 产后性功能障碍流行病学和相关发病因素研究. 南昌大学学报(医学版), 2013, 53(3): 84-88.

[4] 廖秦平,李婷. 女性性功能障碍的分类及定义. 国际妇产科学杂志, 2013, 40(5): 395-398.

[5] 谢娟,沈美云,范惠萍,等. 盆底肌肉锻炼对全子宫切除患者性生活质量影响的研究. 中国医学创新, 2013, 10(25): 94-96.

[6] 曾广花,章昱. 产后盆底肌康复知识对孕妇的重要性. 贵阳中医学院学报, 2013, 35(5): 209-211.

[7] 孙岚,文勇,张源,等. 女性盆底功能障碍疾病诊断及康复治疗效果研究. 昆明医学院学报, 2010, 31(10): 121-126.

[8] 何华艳,陈霞,郑君玲,等. 盆底肌肉电刺激及生物反馈治疗产后女性性功能障碍的临床研究. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(2): 198-200.

[9] 卢明霞. 妊娠期及产后早期盆底肌肉锻炼的研究进展. 医学综述, 2012, 18(24): 4195-4197.

[10] 胡梦彩,王锐,徐冬梅,等. 不同分娩方式对产后早期盆底肌力影响的研究. 中国妇幼保健, 2009, 24(7): 885-886.

[11] 张欣文,李芬. 女性性功能障碍及其研究进展. 国外医学妇幼保健分册, 2005, 16(4): 225-227.

[12] Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. Obstet Gynecol, 2012, 119(3): 647-655.

[13] Balon R, Wise TN. Update on diagnoses of sexual dysfunctions: controversies surrounding the proposed revisions of existing diagnostic entities and proposed new diagnoses. Adv Psychosom Med, 2011(31): 1-15.

[14] Faubion SS, Shuster LT, Bharucha AE. Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. Mayo Clin Proc, 2012, 87(2): 187-193.

[15] Laan E, Both S. Sexual desire and arousal disorders in women. Adv Psychosom Med, 2011(31): 16-34.

(收稿日期: 2014-09-09)

· 性医学 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.011

60例盆腔器官脱垂患者术后生命质量及疗效评价

叶丰蕾¹ 应俊²

1 丽水市妇幼保健院产科, 浙江 丽水 323000

2 浙江大学医学院附属妇产科医院妇产科, 杭州 310006

【摘 要】目的: 研究治疗盆腔器官脱垂的传统手术方式与全新的手术方式在术后的疗效以及对患者的生命质量的提高程度。方法: 选取60例2012年1月至2013年6月来我院进行治疗的盆腔器官脱垂患者, 将其随机分成对照组与试验组, 每组各30例患者。试验组的盆腔器官脱垂患者使用加用网片的前盆底重建和全盆底重建术方式进行诊治, 对照组的盆腔器官脱垂患者使用子宫切除和阴道前后壁修补方式进行治疗, 将试验组与对照

【第一作者简介】叶丰蕾(1984-), 女, 住院医师、硕士在读, 主要从事妇产科临床与研究工作。

组两组盆腔器官脱垂患者治疗后的医学效果进行详细的对比分析。术后的随访观察疗效标准,以盆底不适调查表来评价手术前以及术后的两组患者的生命质量具体情况,并且对两组患者的疗效使用 POP-Q 进行测量研究。结果:两组患者在分别使用传统手术方式和全新手术方式后,对照组盆腔器官脱垂患者在术后的 6 年内的生命质量和手术疗效监测分数都比手术之前有着明显的差异,具有统计学意义($P < 0.05$);试验组的盆腔器官脱垂患者术后的 6 年内的生命质量和手术疗效监测分数都比手术之前有着显著的降低,具有统计学意义($P < 0.05$);其中试验组中有 26 例患者对性生活满意,满意效率达到 86.7%,对照组中有 15 例患者对性生活满意,满意效率达到 50%,二者具有显著差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:总的来说,全新手术方式的 Ba 的变化效果要高于传统手术方式,但是全新手术方式的远期效果评价还需要进一步进行随访才能得出结果。

【关键词】 盆腔器官脱垂;生命质量;疗效

The quality of life and treatment evaluation of 60 pelvic organ prolapsed patients YE Fenglei¹, YING Jun².

1. Obstetrics Department, Lishui Maternal and Child Health Care Hospital, Lishui 323000, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Obstetrics and Gynecology Hospital Affiliated to Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310006, China

【Abstract】 **Objectives:** To study the treatment effect of traditional surgical approach and a new surgical approach for pelvic organ prolapsed, so as to improve the efficacy and the degree of postoperative quality of life in patients. **Methods:** 60 patients in our hospital from January 2012 to June 2013 for treatment of pelvic organ prolapsed were randomly divided into control group and experimental group, 30 patients in each group. Patients in the experimental group received front and whole pelvic floor reconstruction with mesh for treatment, while patients in the control group using a hysterectomy and vaginal wall repair methods for treatment. The treatment effects of the two groups were compared. The postoperative efficacy criteria was followed up, to evaluate the postoperative quality of life of the two groups with pelvic discomfort questionnaire and the efficacy of the two groups using the POP-Q study. **Results:** Compared those before surgery, the quality of life and monitor scores of surgical effect in the experimental group were significantly improved within 6 years after the operation, with statistically significant difference ($P < 0.05$). In the experimental group and control group, there were 26 patients (86.7%) and 15 patients (50%) had sexual satisfaction, with statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusions:** Overall, the effect of changes in bars of new surgical approach is higher than the traditional surgical approach, but long-term follow-up should be further carried out.

【Key words】 Pelvic organ prolapsed; Quality of life; Efficacy

【中图分类号】 R713

【文献标志码】 A

手术是诊治重度盆腔器官脱垂的重要方法之一,我国关于这方面的手术方法有很多。伴随着盆底整体理论以及人工合成材料的不断涌现,全新的手术方式也在不断的提出,并且在临床医学上进行实践^[1]。一般来说,盆底手术可以分为两类:传统的子宫切除和阴道壁修补手术方式以及新型盆底重建手术方式^[2]。有研究认为,盆底重建术的医学效果要优于传统的子宫切除的手术方式^[3]。本文选取 60 例 2012 年 1 月至 2013 年 6 月来我院进行治疗的盆腔器官脱垂患者,分别使用子宫切除和阴道壁修补的传统手术与新型加用网片的盆底重建术的方式进行治疗,观察临床效果及术后的生命质量。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取 60 例 2012 年 1 月至 2013 年 6 月来我院进行治疗的盆腔器官脱垂患者,将其随机分成对照组与试验组,每组各 30 例患者。其中对照组中盆腔器官脱垂患者年龄分布为 23~45 岁,平均年龄为(40.5±5.4)岁,平均的随访时间为 43.12 月;盆腔器官脱垂(POP-Q)分度:0 度 11 例,I 度 8 例,II 度 7 例,III 度 4 例;孕次 1~5 次,平均孕次(1.5±0.1)次;住院天数 7~12d,平均住院时间(8.3±1.1)d。试验组患者年龄分布为 20~43 岁,平均年龄为(41.3±3.9)岁;平均的随访时间为 42.8 月;盆腔器官脱垂(POP-Q)分度:0 度 12 例,I 度 8 例,II 度 6 例,III 度 4 例;孕次 1~5 次,平均孕次(1.3±0.2)

次;住院天数 7~13d,平均住院时间(8.5±1.0)d。经过医学的常规检查后发现,两组患者年龄,孕次以及住院天数等方面没有显著的差别,无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 子宫切除和阴道前后壁修补术 对照组盆腔器官脱垂患者使用子宫切除和阴道前后壁修补方式进行治疗^[4]。全身联合麻醉下,患者采取膀胱截石位,并进行固定双侧小阴唇,采取鼠齿钳进行夹住宫颈前后唇,并取下鼠齿钳进行夹住阴道前壁中线位置,且需要向上提拉其阴道前壁。与此同时,应向下牵拉其子宫,并取尿道外口下方 2.2cm 位置进行切开阴道前壁,需要钝性剥离到宫颈的两侧,并锐性分离其膀胱宫颈的间隙,且剪开膀胱子宫返折到腹腔,需要环形切开宫颈周围阴道的穹隆部位,分离直肠子宫的间隙,仔细的处理子宫双侧附件和血管以及韧带,切除脱垂子宫取出。最后应用微乔线进行连续缝合阴道残端,并进行阴道前后壁的修补处理。

1.2.2 加用网片的前盆底重建和全盆底重建术 试验组的盆腔器官脱垂患者使用加用网片的前盆底重建和全盆底重建术方式进行诊治,手术材料为聚丙烯网片,方法为全盆底重建手术中的前盆底重建程序^[5]。全身联合麻醉下,在其阴道前后壁注射 1:2000 肾上腺素盐水,并在其膀胱宫颈附着远端的 1.0cm 位置纵行切开其阴道壁到尿道下横沟。同时,向两侧分

离阴道膀胱间隙到两侧坐骨棘水平。紧接着选取双侧前中翼穿刺点,尿道口上方 2.0cm 位置和会阴纵褶外的 1.0cm 位置交汇点,第二个点选择为第一个点下方的 2.0cm 位置和外 1.0cm 位置。紧接着纵向切开阴道后壁,且近端到阴道后窟窿下方 3.0cm 位置,远端到会阴后联合 1.0cm 位置。分离阴道直肠间隙,且向侧方直到患者坐骨棘韧带。后翼穿刺点为肛门旁开 3.0cm 向下 3.0cm 的位置,紧接着由 6 个穿刺点从外向内进行穿刺,避光导入导管和导线。从而导线进行拉出网片翼,详细的调整网片的松紧度与长度,给予丝线进行固定。

1.3 生命质量问卷调查

所谓生命质量,是指按照一定的社会标准来衡量和评价的人的个体生命的自然素质的质量状态。使用盆底不适调查表短表(PFDI-20)进行调查,主要由 20 个问题构成,前面 6 个问题是患者的生命质量进行调查,7~14 题是对患者的器官脱垂有关影响调查,最后一些问题是对其他综合症状的调查。通常来看,分值越大,生命质量越低^[6]。

表 1 两组患者手术之前生命质量评分

组别(n)	UDI-6(分) 手术前	UDI-6(分) 1y	UDI-6(分) 3y	UDI-6(分) 4y	UDI-6(分) 6y	PFDI-20(分) 术前	PFDI-20(分) 1y	PFDI-20(分) 3y	PFDI-20(分) 4y	PFDI-20(分) 6y
对照组(30)	8.12 ± 1.23	0	0	2.14 ± 0.51	0	19.77 ± 3.82	3.93 ± 0.84	3.93 ± 0.67	5.34 ± 0.16	7.03 ± 1.41
试验组(30)	8.46 ± 1.34	0	0	0	0	22.22 ± 2.66	3.93 ± 0.91	3.93 ± 0.58	5.03 ± 0.18	4.28 ± 1.93
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2 不同手术前后的 POP-Q 分期

试验组与对照组手术前后 Aa 和 Bb 数据比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 不同手术方式术前和术后的 POP-Q 分期

组别(n)	Aa(术前)	Aa(术后)	Bb(术前)	Bb(术后)
试验组(30)	-0.47 ± 1.47	-1.88 ± 0.73	-0.34 ± 2.43	-1.78 ± 0.98
对照组(30)	0.95 ± 1.25	-2.09 ± 1.09	-1.08 ± 3.47	-2.12 ± 1.25
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者术后的性生活满意度比较

对照组与试验组临床治疗均顺利完成,在 60 例盆腔器官脱垂患者中,每组各 30 例盆腔器官脱垂患者,其中试验组中有 26 例患者对性生活满意,满意效率达到 86.7%,对照组中有 15 例患者对性生活满意,满意效率达到 50.0%,二者具有显著差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术后性生活满意度比较

组别(n)	满意	不满意
试验组(30)	26(86.7)	4(13.3)
对照组(30)	15(50.0)	15(50.0)
χ^2	7.023	4.821
P	<0.05	<0.05

1.4 问卷调查方法

电话随访进行回顾手术之后的 1 年,3 年,4 年,6 年至随访之日^[7]。

1.5 统计学分析

研究所得到的相关数据采用 SPSS 12.0 统计学数据处理软件进行处理分析,各项参数以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 和 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后生命质量的对比

对照组与试验组临床治疗均顺利完成,在 60 例盆腔器官脱垂患者中,每组各 30 例盆腔器官脱垂患者,其中两组患者在分别使用传统手术方式和全新手术方式后,在 1 年,3 年,4 年,6 年在生命质量以及疗效检查上并没有显著差别,没有统计学意义($P > 0.05$);但是 UDI-6 评分术后前 4 年各时间段两组比较,差异无统计学意义,术后第 6 年全新手术方式组评分小于传统手术式组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

3 讨论

随着医疗技术的不断发展,医学新材料的不断出现,盆底全新手术方式逐渐增多。究竟该采用传统术式还是新术式,一直以来成为了妇产科学者研究的主要课题^[8]。盆底重建手术其目标除了恢复盆底的正常解剖外,更关键在于盆底功能的恢复,缓解患者的病情,提升患者的生活质量,这就要广大医学工作者的大力关注^[9-11]。近年来,随着盆底全面检查和修复的理念的发展,愈来愈多的医学专家觉得应该对盆腔进行整体解剖结构,也就是前、中、后三部分进行仔细的检查分析,单独的判断每个解剖部位的缺陷程度,科学的评估功能障碍程度并进行疾病程度分级,综合整体情况,构建全面的盆底重建修复手术方案,争取最大程度的恢复组织形态和功能,提升生活质量,降低疾病复发的风险^[12-15]。

从本文两组对比数据我们充分发现,对照组与试验组临床治疗均顺利完成,通过对比两组患者的生命质量,在 60 例盆腔器官脱垂患者中,每组各 30 例盆腔器官脱垂患者,其中两组患者在分别使用传统手术方式和全新手术方式后,在 1 年,3 年,4 年,6 年在生命质量以及疗效检查上并没有显著地差别,没有统计学意义($P > 0.05$);但是 UDI-6 评分术后前 4 年各时间段两组比较,差异无统计学意义,术后第 6 年全新手术方式组评分小于传统手术式组,差异有统计学意义($P < 0.05$);通过对比不同手术方式的前后的 POP-Q 分期,我们可以得知前盆底的手术有传统的阴道前壁修补术以及网片置入的前盆底重建,阴道前壁修补术组平均为术后 30 月,术后的 Aa 以及 Ba 都要比手术之前有所改善,但是 Ba 点与手术之前比较差异,并无统计学意义;前盆底重建组平均为手术之后的 30.3 月,手术之后的 Aa 以及 Ba 都比手术之前有很好的改善,有统计学意义($P < 0.05$);

其中试验组中有 26 例患者对性生活满意,满意效率达到 86.7%;对照组中有 15 例患者对性生活满意,满意效率达到 50%。二者具有显著差异,具有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,传统手术方式和全新手术方式都可以显著改善盆腔器官脱垂患者的生命质量,子宫切除和阴道前后壁修补术对于患者的泌尿功能的变化在 6 年后有一定程度的降低^[16]。总的来说,全新手术方式的 Ba 的变化效果要高于传统手术方式,但是全新手术方式的远期效果评价还需要进一步进行随访才能得出结果^[17]。

参 考 文 献

[1] 刘义彬,张琳,王振海,等. 110 例盆腔器官脱垂患者术后生命质量及疗效评价. 实用妇产科杂志,2013,10(15):772-773.

[2] 刘义彬. 128 例盆腔器官脱垂患者术后随访及生活质量评价. 河北医科大学,2012,3(1):13-20.

[3] 李苗苗,高丽红,赵烨,等. 盆腔器官脱垂患者生命质量的影响因素分析. 中国药物与临床,2013,5(15):605.

[4] 周江妍,汪利群,黄欧平. Prolift 全盆底重建治疗女性盆腔脱垂的疗效评价. 中国妇产科临床杂志,2011,3(15):84-86.

[5] 袁源. 不同手术方式治疗重度盆腔器官脱垂的疗效及复发因素分析. 中国妇幼保健,2013,9(1):42-49.

[6] 邢丽,王治洁,应小燕. Prolift 全盆底重建术对盆腔器官脱垂患者术后生存质量的影响. 中国医药导报,2013,6(5):42-43.

[7] Simsiman AJ, Luber KM, Menefee SA. Vaginal paravaginal repair

with porcine dermal reinforcement: correction of advanced anterior vaginal prolapse. Am J Obstet Gynecol, 2006(195):1832-1836

[8] 冉静,邱娜璇. 盆腔脏器脱垂 98 例术后疗效评价. 重庆医科大学学报,2012,11(28):1018-1019.

[9] 李丽萍,高峻,杨疏琴,等. 盆底重建书中传统术式与新术式疗效比较与生活质量评估. 卫生职业教育,2012,11(10):135-136.

[10] 吴桂群. 手术治疗老年妇女盆腔脏器脱垂 60 例. 中国老年学杂志,2012(23):237-238.

[11] 邱琳琳,宋岩峰. MRI 在女性盆腔器官脱垂诊断和治疗中的应用. 中华全科医学,2013,1(8):120-122.

[12] 杜琳,邓雅静. 应用片在盆底重建术中对改善患者生活质量的作用分析. 中国医学创新,2013,1(25):3-4.

[13] 牛秀敏,臧春逸. 不同术式治疗重建盆腔脏器脱垂的临床疗效分析. 中华妇幼临床医学杂志,2013,2(1):75-76.

[14] 杨艳. 老年盆腔器官脱垂患者阴道封闭术后生活质量. 中国老年学杂志,2013,33(24):6303-6304.

[15] 黄玲波,季银芬. 慢性盆腔炎患者生活质量影响因素调查研究. 中国性科学,2013,22(6):15-17,21.

[16] Elser DM, Moen MD, Stanford EJ, et al. Abdominal sacrocolpopexy and urinary incontinence: surgical planning based on urodynamics. Am J Obstet Gynecol,2010,202(3):375.e1-375.e5

[17] Ladislav Krofta, Jaroslav Feyereisl. TVT and TVT-O for surgical treatment of primary stress urinary incontinence: prospective randomized trail. Int Urogynecol J, 2010(21):141-148.

(收稿日期:2014-05-28)

· 性医学 ·

DOI:10.3969/j. issn. 1672-1993. 2015. 07. 012

利用金属导尿管支架经女性尿道取出双 J 管的效果研究

黄锐 陈景宇
惠州市第一人民医院泌尿外科,广东 惠州 516000

【摘 要】 目的:探讨金属导尿管支架经女性尿道取出双 J 管的可行性及安全性。方法:回顾性分析我院泌尿外科 2012 年 3 月至 2014 年 9 月住院手术后留置双 J 管的女性患者 310 例,其中利用金属导尿管尿管支架经女性尿道拔除双 J 管患者 140 例(A 组),与同期行经膀胱镜双 J 管取出女性患者 170 例(B 组)进行对比,比较两组操作时间及并发症发生率。结果:A 组一次性取管 138 例,成功率 98.6%,操作时间(3.3±0.5)min,术后并发肉眼血尿 3 例(2.1%);出现膀胱刺激症状 63 例(45.7%),术后疼痛评估(1.95±1.28)分,平均医疗费用(37.8±9.2)元,平均恢复正常性生活时间(4.8±1.2)d;B 组全部成功取管,平均操作时间(10.6±4.5)min,术后并发肉眼血尿 5 例(1.8%),出现膀胱刺激症状 95 例(55.9%),术后疼痛评估(3.59±1.50)分,平均医疗费用(325.6±11.7)元,平均恢复正常性生活时间(8.5±2.3)d。A 组较 B 组操作时间短,疼痛评分低,医疗费用支出少,恢复正常性生活时间短, $P < 0.05$,膀胱刺激症状及肉眼血尿发生率两组无显著性差异。结论:用金属导尿管支架经女性尿道取出双 J 管成功率高,操作简便,无严重并发症发生并可减低患者医疗费用支出,对性生活影响小,值得临床推广。

【关键词】 金属导尿管支架;双 J 管;拔除术

【基金项目】广东省惠州市科技计划项目(2013Y054)。
【第一作者简介】黄锐(1983-),男,主治医师、硕士,主要从事泌尿外科微创手术治疗方面的研究。

Effect of transurethral double – J tubes withdrawing of female by metal catheter stents HUANG Rui, CHEN

Jingyu. Department of Urology, Huizhou First Hospital, Huizhou 516000, China

【Abstract】 Objectives: To evaluate the feasibility and safety of transurethral double – J tubes withdrawing of female by metal catheter stents. **Methods:** The clinical data of 310 female patients with urinary surgery indwelling double J tubes after surgery, from March 2012 to September 2014, were analyzed retrospectively and divided into group A (by metal catheter stents, 140 cases) and group B (under the cystoscopy, 170 cases). Operation time and incidence rate of complications of the two groups were compared. **Results:** Successful primary removal rate was 98.6% (138 cases) in group A, including 3 cases of gross hematuria (2.1%), 63 cases of irritation signs of bladder (45.7%), with the average operation time of (3.3 ± 0.5) min, the evaluation of postoperative pain of 1.95 ± 1.28 points and average expenditure of (37.8 ± 9.2) yuan. The recovery time was (4.8 ± 1.2) days in average. Compared with group B, group A had a relatively short operation time, lower pain degree, less expenditure and recovery time ($P < 0.05$). There were no significant differences between two groups in the incidence rate of irritation signs of bladder and gross hematuria. **Conclusions:** The use of metal catheter stents in withdrawing double J tubes through female urethra can directly increase the success rate, with no significant complications, and decrease the patients' economic burden and the influence of sexual life, as well as simplifying operations which is worth being generalized.

【Key words】 Metal catheter stents; Double J tubes extraction; Withdrawing

【中图分类号】 R695

【文献标志码】 A

泌尿系结石及矫形术后常留置双 J 管作为内引流^[1~4],目前双 J 管材料尚不能自行吸收^[5~11],故术后根据病情不同,需在留置一段时间后返院拔管。返院拔除双 J 管一般需在膀胱镜下进行,给患者带来一定的经济负担和再次接受门诊手术的心理压力。金属导尿管支架管在困难导尿时经常应用,是泌尿外科常备导尿工具之一。从 2012 年 3 月至 2014 年 9 月,笔者试用金属导尿管支架经女性尿道拔除留置的双 J 管 153 条,与同期经膀胱镜双 J 管取出女性患者进行对比,临床效果良好,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

入组标准:经医院伦理委员会审查通过,选取泌尿外科腔内或开放手术后留置双 J 管的女性患者。排除标准:泌尿系感染未经有效控制,膀胱输尿管再植术后,尿道狭窄,凝血功能异常及心肺功能不全。

术后按随访医生习惯分为利用金属导尿管尿管支架经女性尿道拔除双 J 管组(A 组)140 例,和经膀胱镜取出双 J 管组 170 例(B 组)。两组患者年龄、留置双 J 管时间、手术方式、双侧置管例数等差异无显著性,具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	n (例)	年龄(岁)	手术方式		留置时间 (d)	双侧置管
			腔内	开放		
A	140	42.5 ± 9.2	125	15	21.7 ± 7.5	13
B	170	43.4 ± 9.7	150	20	22.3 ± 7.8	16
$t(\chi^2)$ 值		$t = -1.543$	$\chi^2 = 0.085$		$t = 0.413$	$\chi^2 = 0.001$
P 值		0.111	0.771		0.860	0.970

1.2 方法

1.2.1 A 组 病人及环境准备:平卧,双下肢屈曲分腿位;要求膀胱中度充盈,约 200mL 左右为宜;可在病区换药室或膀

胱镜室等清洁环境进行。器械准备:灭菌金属导尿管支架管 1 根,换药包,碘伏,石蜡油。操作方法:①碘伏常规消毒、铺巾;②将金属导尿管支架管拉直、塑形,保留前端弯钩,在前端均匀涂抹无菌石蜡油后经尿道口放入膀胱;③沿膀胱颈部紧贴置管侧膀胱壁,弯钩开口朝向健侧,金属支架由外侧划向中间,碰到双 J 管后(可有轻微摩擦感),经尿道勾出;④如未碰到双 J 管,则可适当调整角度并重复步骤 3,直至成功取管,操作完毕后嘱患者排空尿液。

1.2.2 B 组 同传统膀胱镜检及支架取出过程操作:取截石位,常规消毒铺巾, F18 ~ 20 号膀胱镜经尿道导入膀胱后,镜下观察膀胱各壁有无站位病变,观察留置双 J 管膀胱端位置是否正常,直视下用异物钳夹住双 J 管膀胱端后拔出。

1.2.3 观察指标 统计两组患者术后有无肉眼血尿,有无尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状以及采用数字评分量表(NRS)进行疼痛评分:轻度疼痛为 1 ~ 3 分,中度疼痛为 4 ~ 7 分,重度疼痛为 8 ~ 10 分。

1.2.4 统计方法 应用 SPSS17.0 统计软件分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用独立样本 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

A 组较 B 组操作时间短,疼痛评分低,医疗费用支出少,恢复正常性生活时间短($P < 0.05$);膀胱刺激症状及肉眼血尿发生率两组无显著性差异($P > 0.05$)。见表 2。

A 组 2 例取管失败,其中有一例输尿管镜取石术后患者反复多次调整角度均未碰到双 J 管,复阅患者出院前复查的腹部平片,双 J 管膀胱端留置较短,考虑 J 管回缩移位至输尿管内,遂放弃继续使用勾管方法,改行膀胱镜检查,术中探查膀胱腔内未见双 J 管,换输尿管镜进入患侧输尿管下段可见 J 管末端回缩,顺利将 J 管钳出。另有一例患者因患者存在尿道内口狭窄,置入导尿管支架后拔出困难,经调整出勾角度后成功拔出并取出双 J 管。

表 2 两组取管结果与相关指标比较

组别	成功取管	血尿	膀胱刺激征	疼痛评分(NRS)	操作时间(min)	医疗费用(元)	恢复正常性生活时间(d)
A	138	3	63	1.95 ± 1.28	3.3 ± 0.5	37.8 ± 9.2	4.8 ± 1.2
B	170	5	95	3.59 ± 1.50	10.6 ± 4.5	325.6 ± 11.7	8.5 ± 2.3
$t(\chi^2)$ 值	$\chi^2 = 2.444$	$\chi^2 = 0.195$	$\chi^2 = 3.191$	$t = -17.977$	$t = -34.014$	$t = -413.116$	$t = 28.317$
P 值	0.118	0.659	0.074	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

泌尿系微创及开放手术常需在患侧输尿管留置双 J 管作为内支架,起到了良好的内引流作用^[1-4]。但是目前国内外对可吸收生物材料制成的双 J 管研究尚不成熟,因此双 J 管作为人体不可吸收的异物^[5-12],需在病情恢复后返院拔除。目前通常使用膀胱镜下拔管的方法,给患者带来一定的经济负担及需再次接受门诊手术的精神压力,对于女性患者,可能因尿道黏膜的损伤及术后疼痛而影响正常的性生活。为简化拔管程序,节约医疗经费,减轻患者痛苦,国内有学者提出在超声引导下用取石钳经女性尿道钳取双 J 管的方法^[13],取得一定效果,但因需与超声科联合进行而导致实施程序较为繁琐。亦有学者提出用弯钳或直钳经女性尿道盲夹双 J 管的方法^[14],但因弯钳本身直径较宽,操作过程中对尿道刺激较大而引起患者不适,耐受性较差,而且容易误夹膀胱黏膜导致血尿,临床推广受限。为寻求更安全、便捷的取管方法,笔者设计了使用金属尿道管支架的弯钩端经女性尿道勾取双 J 管的方法。

可行性分析:金属尿管支架的弯钩端直径约 5mm,弯钩前端钝圆,不易损伤尿道及膀胱黏膜,其直径小于女性尿道直径(约 6~10mm^[15,16]),故经尿道置入及取出金属支架弯钩可行。弯钩开口端直径约 3mm,大于常用的 F5 或 F6 双 J 管内径,因此用弯钩勾取膀胱内 J 管可行。在实际应用过程中,笔者使用金属尿管支架弯钩端成功经女性尿道勾取留置双 J 管,操作简单,成功率高,并发症发生率低,且因金属尿管支架直径较细,对尿道黏膜刺激小,患者耐受性良好,节约了医疗经费,取管无需预约,操作时间短,值得临床推广。

总结经验,笔者在操作过程中发现,双 J 管膀胱端长度较长的患者勾管难度较小,操作时间少,常见于 PCNL 术后患者;而双 J 管膀胱端长度较短的患者勾管难度较大,需时较长,常见于输尿管镜取石术后患者。对于双 J 管膀胱端长度较短的患者勾管需要一定的技巧:在弯钩碰到 J 管后可将弯钩开口内旋 90°,向下紧贴膀胱三角区黏膜,缓慢拉出,避免 J 管从弯钩开口滑脱致取管失败。另外, A 组发生肉眼血尿 3 例(2.1%),经保守治疗后自愈。分析其原因与操作时膀胱充盈程度较差,勾管时弯钩开口盲端误勾膀胱黏膜致黏膜轻度损伤有关。为减少此类并发症,保持患者膀胱适度充盈是较好的方法,一旦感觉到勾管存在阻力,则应考虑误勾膀胱黏膜的可能性,适当后退后旋转弯钩角度一般可顺利拔出。本组出现 1 例置入膀胱内的金属弯钩拔出困难,笔者通过用金属弯钩下压尿道,使金属勾与水平面呈 45°夹角,让弯钩开口盲端先进入尿道,然后顺行拉出 J 管,操作耗时较长,最终顺利取管。若当时通过调整角度仍不能拔出金属勾,则可考虑使用肾镜或输尿管镜在直视下用 8 号尿管封闭金属钩盲端后适当用力拉出,这样可以避免弯钩盲端勾伤膀胱颈部、尿道内口及尿道黏膜。本组还发生 1 例输尿管镜取石术后患者通过反复多次调整角度均未碰到双 J 管,考虑 J 管回缩移位至输尿管内,改行膀胱镜检查,术中探查膀胱腔内未

见双 J 管,换输尿管镜进入患侧输尿管下段可见 J 管末端回缩,顺利将 J 管钳出。因此,在勾管操作前查阅患者出院前复查的腹部平片有积极意义,对于膀胱端外露较短的病例应警惕 J 管移位上行致输尿管下段的可能性,此时不应反复用金属钩进出膀胱,宜尽早改行膀胱镜检查。术后 A 组患者疼痛评分较 B 组低,恢复正常性生活时间较短,与取管时金属钩直径相对常规 F18~20 号膀胱镜的直径较细,对尿道黏膜造成的损伤和刺激程度较轻有关。两组术后均有部分患者出现不同程度尿频、尿急等膀胱刺激和肉眼血尿症状,组间对比差异无显著性,但这两种症状并不需特殊治疗,术后均可自行缓解。

综上,用金属尿管支架经女性尿道取出双 J 管成功率高,较传统经膀胱镜支架取出术操作简便,疼痛症状轻,无严重并发症发生并可减低患者医疗费用支出,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] 刘双林,王志华,胡志全,等. 输尿管镜钬激光联合两重双 J 管引流术处理 ESWL 治疗失败的输尿管结石. 临床泌尿外科杂志, 2011, 26(2): 99-100.

[2] 黄锐,梁晓雯. 缩短双 J 管留置时间对输尿管软镜碎石术后并发输尿管石街治疗的临床价值. 中国微创外科杂志, 2014, 14(4): 350-352.

[3] Caroline Pettenati, Amine Benchikh EI Fegoun, Vincent Hupertan, et al. Double J stent reduces the efficacy of extracorporeal shock wave lithotripsy in the treatment of lumbar ureteral stones. Cent Eur J Urol, 2013(66): 309-313.

[4] Chen IH, Tsai JY, Yu CC, et al. Ureterscope-assisted double-J stenting following laparoscopic ureterolithotomy. Kaohsiung J Med Sci, 2014, 30(5): 243-247.

[5] 薛东炜,刘春来,张西玲,等. 肿瘤用输尿管支架管治疗恶性输尿管梗阻的临床应用. 中国医科大学学报, 2014, 43(5): 468-469.

[6] 李克军,陈先国,宋兴福,等. 输尿管支架在泌疾病治疗中的应用及其生物相容性. 中国组织工程研究与临床康复, 2009, 13(48): 9511-9514.

[7] 玉银华. 双 J 输尿管支架管生物相容性及新型可生物降解输尿管支架的研制. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(12): 2221-2224.

[8] 王晓庆,张龙,侯宇川,等. 电纺丝法 PLGA 可降解输尿管支架的制备及体外降解研究. 中国医科大学学报, 2011, 40(9): 784-815.

[9] Wang XQ, Chen QH, Hou YC, et al. Fabrication, crosslinking and in vitro biocompatibility of a novel degradable nano-structure urethral tubular scaffold. Chem Res Chinese Universities, 2012(28): 912-915.

[10] 王晓庆,侯宇川,陈岐辉,等. 纳米梯度可降解输尿管支架的制备及体外降解性能研究. 中华泌尿外科杂志, 2014, 35(4): 293-296.

[11] Mekala NK, Baadhe RR, Parcha SR, et al. Physical and degradation properties of PLGA scaffolds fabricated by salt fusion technique. J Biomed Res, 2013(27): 318-325.

[12] Ben HC, Dirk L, Ryan FP, et al. Next generation biodegradable ureteral stent in a Yucatan pig model. J Urol, 2010, 183(2): 765-771.

[13] 王胜. B 超引导经尿道钳取双 J 管在女性患者中的应用价值. 广

西医学, 2009, 31(7), 1011-1012.

443-445.

[14] 窦孝康. 直钳取出女性双 J 管 60 例报告. 中国全科医学, 2007, 10(7): 538.

[16] 杜广辉. 女性尿道解剖结构与临床. 临床外科杂志, 2010, 18(11): 721-722.

[15] 郭震华, 那彦群. 实用泌尿外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2013:

(收稿日期: 2015-01-19)

• 性医学 •

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.013

三维超声与二维超声对阴道壁囊肿的诊断价值探讨

任冰¹ 马丽¹ 张会单¹ 王秋颖¹ 孙凤群^{2Δ}

1 北京市仁和医院超声科, 北京 102600

2 北京航空总医院妇产科, 北京 100012

【摘要】目的: 探讨对阴道壁囊肿患者采用阴式三维彩超与二维超声检查诊断的临床价值。方法: 对经临床表现怀疑为阴道壁囊肿的 173 例妇女采用二维超声与三维彩超检查, 以妇科手术结果及阴道镜检查作为金标准判定二维超声与三维超声诊断的临床价值。结果: 阴式三维彩超共发现 39 个阴道囊肿病灶, 二维超声发现 30 个阴道囊肿病灶, 手术及阴道镜检查发现 42 个阴道囊肿病灶, 大小范围 0.4cm × 0.3cm ~ 1.4cm × 0.9cm; 阴式三维彩色超声发现阴道壁检测囊肿正确率为 92.86%, 显著高于二维超声的 71.43% ($\chi^2 = 6.574, P = 0.010$)。阴式三维彩色超声检查结果与手术或阴道镜证实结果的一致性: Kappa 为 0.887, $P = 0.000 < 0.05$; 灵敏度为 88.10%, 特异度为 98.47%, 误诊率为 1.53%, 漏诊率为 11.90%。二维超声检查结果与手术或阴道镜证实结果的一致性: Kappa 为 0.652, $P = 0.000 < 0.05$; 灵敏度为 61.90%, 特异度为 96.95%, 误诊率为 3.05%, 漏诊率为 38.10%。阴式三维彩超检测阴道壁囊肿的 ROC 下曲线面积为 $A_z = 0.892$, 二维超声检测阴道壁囊肿的 ROC 下曲线面积为 $A_z = 0.785$ 。结论: 阴道壁囊肿患者采用阴式三维彩超检测的准确性高于二维超声, 对于临床检查的价值更高。

【关键词】 阴道壁囊肿; 阴式三维彩超; 二维超声; 诊断; 临床价值

The value of three - dimensional ultrasound and two - dimensional ultrasound in the diagnosis of vaginal cyst REN Bing¹, MA Li¹, ZHANG Huidan¹, WANG Qiuying¹, SUN Fengqun^{2Δ}. 1. Department of Ultrasound, Beijing Renhe Hospital, Beijing 102600, China; 2. Department of Gynaecology and Obstetrics, General Hospital of China Aviation, Beijing 100012, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical value of using transvaginal three - dimensional color doppler and two - dimensional ultrasonography in the diagnosis of vaginal cyst. Methods: 173 women suspected of vaginal cyst were examined by two - dimensional ultrasound and three - dimensional color doppler ultrasound examination. Results of gynecological operation and colposcopy were used as the gold standards to determine the clinical value of two - dimensional ultrasound and three - dimensional ultrasound diagnosis. Results: Transvaginal three - dimensional color doppler found vaginal cyst in 39 patients, and two - dimensional ultrasound found 30 vaginal hydatid cyst, while surgery and colposcopy found 42 vaginal cyst, size ranging 0.4cm × 0.3cm ~ 1.4cm × 0.9cm. The detection rate of transvaginal three - dimensional color doppler was 92.86%, which was significantly higher than two - dimensional ultrasound of 71.43% ($\chi^2 = 6.574, P = 0.010$). The consistency of transvaginal three - dimensional color doppler ultrasound examination and the results of surgery or colposcopy results: kappa was 0.887, $P = 0.000 < 0.05$; the sensitivity was 88.10%; the specificity was 98.47%; misdiagnosis rate was 1.53%; and the rate of missed diagnosis was 11.90%. The consistency of two - dimensional ultrasonography and surgical findings or colposcopy results: kappa was 0.652, $P = 0.000 < 0.05$; the sensitivity was 61.90%; the specificity was 96.95%; misdiagnosis rate was 3.05%; and the rate of missed diagnosis was 38.10%. The ROC areas of vaginal cyst detected by three - dimensional transvaginal color doppler ultrasound and two - dimensional ultrasonography were 0.892 and 0.785 respectively. Conclusions: The detection accuracy of vaginal cyst by transvaginal three - dimensional ultrasonography is higher than

【第一作者简介】任冰(1979-), 女, 主治医师, 主要从事临床超声科研和教学工作。

Δ【通讯作者】孙凤群, 副主任医师, E-mail: 942701377@qq.com

that of two-dimensional ultrasound, which is of higher value in clinical examination.

【Key words】 Vaginal cyst; Transvaginal three-dimensional color doppler ultrasound; Two-dimensional ultrasound; Diagnosis; Clinical value

【中图分类号】 R711

【文献标志码】 A

阴道壁囊肿是最常见的阴道良性肿瘤,主要病因是分娩、外阴切开以及其他手术等造成阴道壁受损,损伤导致皮肤表皮细胞碎屑进入皮下形成囊肿,可发生于阴道、阴蒂、外阴等部位^[1]。该病患者一般无明显的临床症状,且囊肿体积较小、位置较深,临床上容易漏诊^[2]。超声检查是临床诊断妇产科疾病的重要辅助手段之一,阴道超声检查无需膀胱充盈,不受肠腔内气体及腹壁干扰,分辨率较高,对阴道壁囊肿的诊断亦有重要意义^[3]。本文通过分析 173 例疑似阴道壁囊肿的妇女的超声检查资料,旨在探究对阴道壁囊肿患者采用阴式三维彩超与二维超声检查诊断的临床价值。现将结果报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般材料

本次研究我院妇科门诊根据患者临床表现(分节状或多数性脓肿,囊肿直径为 2~3cm)怀疑为阴道壁囊肿的女性 173 例,年龄 22~47 岁,平均年龄(34.2±8.3)岁;其中无生育史 67 例、顺产史 87 例、剖宫产 19 例。阴式三维彩超共检出 39 例阴道壁囊肿患者、二维超声共检出 30 例阴道壁囊肿患者,经手术证实 29 例、阴道镜检查证实 13 例。

1.2 检查仪器和方法

采用美国 GE 公司 VolusonE8 高档彩色多普勒超声诊断仪进行阴道超声检查,经阴道探头频率 7.5MHz。所有研究对象于检查前排空膀胱,采取仰卧截石位。将装有耦合剂的消毒避孕套套在阴道探头上,将探头垂直于会阴并置于阴道前庭矢状面进行扫查。先在二维超声矢状面模式下观察,发现病灶后观察病灶的数目、位置、边界、大小以及内部回声。然后采用三维模式进行观察,根据二维扫查选择适当尺寸体积模块,进行自动扫查,在 2~5s 内获取三维容积数据。旋转 X、Y、Z 轴,观察病灶及其与周边组织的位置关系。

术前常规准备:(1)阴道内禁用药物 48h;(2)月经干净 3~7d;(3)白带检查无阴道炎症感染征象。采用阴道镜(深圳金科威实业有限公司生产,型号:GOLDWAYS LC 2000)进行相关检

查,患者取膀胱截石位,常规使用窥阴器扩大阴道,暴露成功后在阴道下相应放大倍数下对于阴道壁囊肿进行观察,明确诊断。

手术切除方法:在腰麻下取膀胱截石位,常规阴道消毒铺巾,采用阴道拉钩暴露宫颈,梭形切口阴道壁,深达囊肿壁,用止血钳剥离囊肿壁直到完全剥离,用 0 号无损伤缝合线缝合阴道壁,术后应用抗生素预防感染。

1.3 统计学分析

所有收集数据录入 Excel 2003,在 SPSS17.0 中进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,灵敏度=筛检试验阳性人数/确诊阳性人数×100%,特异度=筛检试验阴性人数/确诊阴性人数×100%,误诊率=1-特异度,漏诊率=1-灵敏度;绘制 ROC 曲线并计算曲线下面积。一致性检验采用 Kappa 检验。检验水准取 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两种检测方法发现的阴道壁囊肿数目情况

阴式三维彩超共发现 39 个阴道囊肿病灶,二维超声发现 30 个阴道囊肿病灶,手术及阴道镜检查发现 42 个阴道囊肿病灶,大小范围 0.4cm×0.3cm~1.4cm×0.9cm;阴式三维彩色超声发现阴道壁检测囊肿正确率为 92.86%,显著高于二维超声的 71.43%($\chi^2=6.574, P=0.010$)。两种检测方式检测出阴道壁囊肿的位置分布情况详见表 1,阴道二维超声与三维彩超检查图片见图 1。

表 1 两种超声检查方法检测出阴道壁囊肿的位置分布

部位	阴式三维彩超		二维超声	
	n	(%)	n	(%)
阴道前壁	3	7.69	2	6.67
阴道左侧壁	4	10.26	3	10.00
阴道右侧壁	4	10.26	2	6.67
阴道右后壁	15	38.46	12	40.00
阴道左后壁	13	33.33	11	36.67
合计	39	100.00	30	100.00

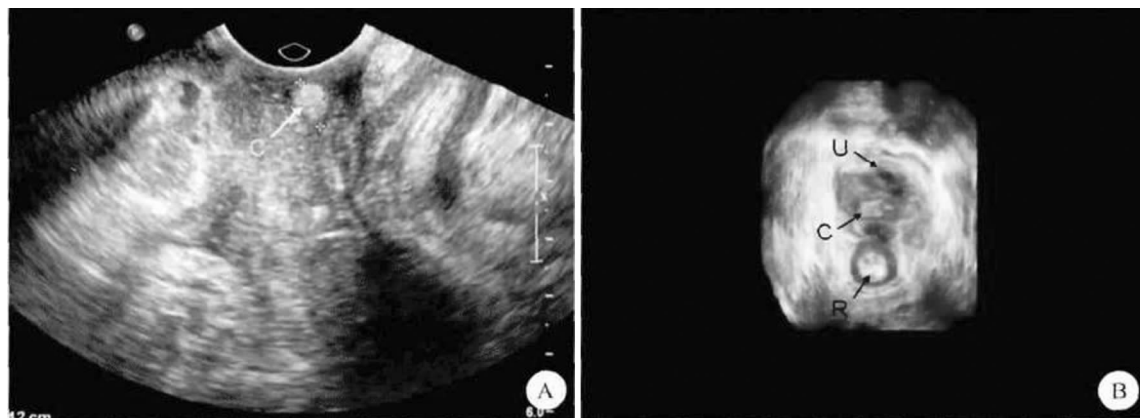


图 1 A 阴道二维超声,B 阴式三维彩超;C 为囊肿,U 为尿道,R 为直肠

2.2 两种检测方法的诊断学评价

阴式三维彩色超声检查结果与手术或阴道镜证实结果的一致性: $Kappa = 0.887, P = 0.000$; 灵敏度 = 88.10%、特异度 = 98.47%、误诊率 = 1.53%、漏诊率 = 11.90%。见表 2。

表 2 阴式三维彩超与手术或阴道镜结果比较

阴式三维彩超	手术或阴道镜证实		合计
	病例	非病例	
病例	37	2	39
非病例	5	129	134
合计	42	131	173

二维超声检查结果与手术或阴道镜证实结果的一致性: $Kappa = 0.652, P = 0.000$; 灵敏度 = 61.90%、特异度 = 96.95%、误诊率 = 3.05%、漏诊率 = 38.10%。见表 3。

表 3 二维超声与手术或阴道镜结果比较

二维超声	手术或阴道镜证实		合计
	病例	非病例	
病例	26	4	30
非病例	16	127	143
合计	42	131	173

阴式三维彩超检测阴道壁囊肿的 ROC 下曲线面积为 $A_z = 0.892$, 二维超声检测阴道壁囊肿的 ROC 下曲线面积为 $A_z = 0.785$ 。两种检测方法的 ROC 曲线详见图 2。

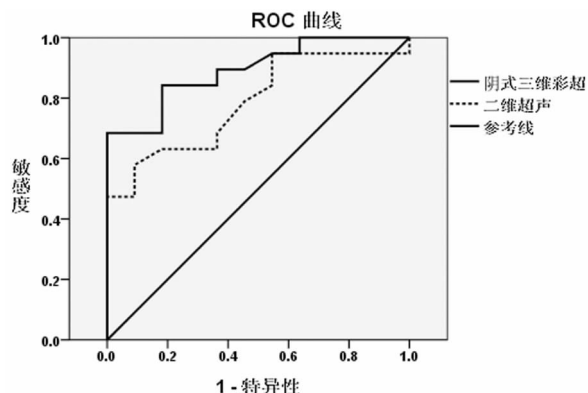


图 2 两种检测方法的 ROC 曲线

3 讨论

阴道壁囊肿是一种常见的良性肿瘤,主要有 4 种类型:(1)中肾管囊肿:是少量遗留在宫颈旁及阴道侧壁的午非氏管尾端参与上皮生长,导致分泌物潴留并扩张,从而形成囊肿。主要位于阴道上段前侧壁,并向阴道腔内膨出^[4]。囊肿合并感染时,患者易出现疼痛等症状。阴道超声影像显示细小光点漂浮于无回声区。(2)副中肾管囊肿:较常见,约占全部阴道壁囊肿的一半以上。主要来源于副中肾管残留的上皮组织,可发生于阴道壁的任何部位,较多见于侧壁和前壁。囊肿直径大小约 2~5cm,可单发或多发^[5]。(3)表皮包涵囊肿:又称植入性囊肿,主要是由于妇女分娩或阴道手术导致阴道黏膜受损,阴道上皮进入伤口内继续生长而形成囊肿。主要位于阴道后壁侧后方或下段正中位,无明

显的临床症状^[6]。(4)尿道上皮囊肿:很少见,主要是由于在阴道胚胎发育过程中,残留的向尿道上皮分化的泌尿生殖窦上皮继续生长而形成囊肿。直径大小约 1cm,无临床症状^[7]。

阴道壁囊肿的超声图像表现多种多样,主要与囊肿组织的成熟度以及囊性角质物含量有关,并非典型的液性无回声成像。有研究显示,部分表皮囊肿超声图像表现为不均质回声、均质回声以及洋葱环样结构^[8,9]。本研究显示阴道壁囊肿患者的阴道超声图像表现为椭圆形的、边界清楚的均质高回声区(见图 1),可能与囊肿体积较小以及囊肿内有干酪状角质物质有关;多数囊肿位于阴道后壁下段,以单发为主;囊肿一般较小,直径 $\leq 1cm$;较大囊肿呈现不规则形态^[10,11]。阴道壁囊肿生长缓慢,临床症状不明显,合并感染时可导致疼痛,但由于多数囊肿位置较深,且病灶小而质软,加之阴道超声检查常忽视阴道本身的扫查,所以该病在临床检查中容易造成漏诊。

本文研究结果显示三维超声发现 39 个阴道囊肿病灶,二维超声发现 30 个阴道囊肿病灶,手术及阴道镜检查发现 42 个阴道囊肿病灶,三维超声发现阴道壁囊肿的正确率显著高于二维超声($\chi^2 = 6.574, P = 0.010$)。三维超声检查与手术或阴道镜证实结果一致性的 Kappa 值、灵敏度、特异度高于二维超声检查,误诊率和漏诊率低于二维超声检查,三维彩超检查阴道壁囊肿的 ROC 下曲线面积大于二维超声。这可能是由于二维超声主要利用探头的进入或阴道的气体线,通过分离贴合的阴道壁来判定囊肿的位置,能直接定位位于阴道前壁、后壁以及侧壁的囊肿以及距离阴道口的大致距离,但无法确定更精确的囊肿位置^[12,13]。三维超声能更加精确和直观地确定囊肿的位置,进一步确定囊肿是位于偏右侧还是偏左侧,为临床诊断提供更精确的信息^[14,15]。

综上所述,阴道壁囊肿患者采用阴式三维彩超检测的准确性高于二维超声,临床检查时应根据具体情况将三维超声与二维超声图像相结合,为临床提供更多更精确的信息,提高疾病诊断的准确率。

参考文献

- [1] 王鑫璐,杨华,张浩,等. 阴式三维超声在阴道壁表皮囊肿中的应用. 肿瘤影像学, 2014, 23(2): 88-90.
- [2] 边琴,高明珠,李凤霞,等. 阴道超声诊断阴道壁囊肿的应用价值. 中华全科医学, 2012, 10(5): 792-793.
- [3] Kondi - Pafiti A, Grapsa D, Papakonstantinou K, et al. Vaginal cysts: a common pathologic entity revisited. Clin Exp Obstet Gynecol, 2008, 35(1): 41-44.
- [4] 黄燕,邓丽. 两种不同硬化剂治疗前庭大腺、阴道壁囊肿的临床效果分析. 广西医科大学学报, 2013, 30(6): 940-941.
- [5] 伍炳军. 浅谈经会阴超声诊断阴道壁囊肿的体会. 临床超声医学杂志, 2011, 13(11): 782-783.
- [6] 白金香,李丽芳,党笑坤,等. 经阴道超声诊断阴道壁囊性病三例. 中华医学超声杂志, 2012, 9(4): 70.
- [7] 张冬梅. 产后阴道壁血肿超声诊断及超声引导下血肿清除术的临床价值. 中国现代药物应用, 2014, 8(6): 53-54.
- [8] Pereiran, Guilfoilds. Excision of an enlarging vaginal epidemal inclusion cyst during pregnancy: a case report. J Low Genit Tract Dis, 2012, 16(3): 322-324.
- [9] 潘雪珍,刘超婷. 前庭大腺囊肿硬化治疗 68 例临床分析. 临床合

理用药, 2011, 4(1B):85.

- [10] Rouzia A. Epidemal clitoral inclusion cysts: not a rare complication of female genital mutilation. *Hum Reprod*, 2010, 25(7):1672-1674.
- [11] 周玮珺, 杨敏, 刘冬梅. 阴道平滑肌瘤超声表现 1 例. *中华超声影像学杂志*, 2013, 22(12):1066-1067.
- [12] 刘慧, 向红, 古丽娜尔·沙海. 卵巢良性小肿块经阴道二维超声造影的特征. *中国超声医学杂志*, 2012, 28(4):358-360.

- [13] 郑继伟, 王志榕, 张晓玲. 经阴道超声在卵巢巧克力囊肿诊断中的应用. *现代临床医学*, 2012, 38(1):60-61.
- [14] 齐慧敏, 陈菊飞. 经阴道与经腹部超声在妇产科急腹症中的临床价值. *医学影像学杂志*, 2014, 1(8):1425-1427.
- [15] 华金才, 黄健民. 多普勒超声在异位妊娠孕囊与卵巢小黄体囊肿中的诊断价值分析. *中国妇幼保健*, 2014, 29(4):609-611.

(收稿日期: 2014-10-13)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.014

107 例 HIV/AIDS 感染者经性接触感染情况深入访谈调查分析

吴洪波¹ 晏家胜^{2△}

1 贵阳市第五人民医院感染一科, 贵阳 550004

2 贵州省性学会, 贵阳 550004

【摘要】目的: 对 107 例 HIV 感染者或艾滋病患者 (HIV/AIDS) 经性接触感染的方式、途径、感染状况等进行分析, 为进一步的预防工作提供有效依据。方法: 制定合理的调查提纲, 与 HIV/AIDS 采取一对一的深入访谈式调查, 获取经性接触感染的方式、途径、感染状况等, 并自我剖析感染后的经验及教训, 有效预防的方法及策略, 今后 HIV/AIDS 在宣教方面的缺陷及完善方案等。结果: 男男同性恋 (MSM) 人群、双性恋人群、多性伴人群仍是本地区 HIV 感染的高危人群, 相当部分经性接触感染 HIV/AIDS 均未很好的采取安全措施, 高危性行为后主动检测、性伴检出 HIV 感染后检测、出现症状后就医是发现 HIV 感染的主要原因。结论: 不洁性行为中安全套的使用、高危性行为后主动检测、及时的性伴通知、有效的抗病毒治疗及心理辅导与心理治疗、参与性方法普及性健康知识及艾滋病知识等均是今后预防 HIV 感染的最佳手段, 只有通过全社会的共同参与, 才能达到全民防艾的目的。

【关键词】 艾滋病患者; 心理治疗; 参与性方法; 性健康知识

In-depth interview survey and analysis of 107 HIV/AIDS cases infected through sexual contact WU Hong-bo¹, YAN Jiasheng^{2△}. 1. Infectious Disease Department, Guiyang Fifth People's Hospital, Guiyang 550004, China; 2. Guizhou Province Sexology Association, Guiyang 550004, China

【Abstract】Objectives: To provide an effective basis for further prevention by analyzing 107 HIV/AIDS cases infected through sexual contact. Methods: Reasonable investigation outline was made to identify the sexual contact way through one by one in-depth interview survey on HIV/AIDS patients and analyze the experience and lessons to provide prevention method and improvement scheme in the education of HIV/AIDS prevention. Results: MSM population, bisexual population and population with multiple sexual partners were still the high-risk people. The main reasons included high-risk sexual life, HIV infection of sexual partner detection and medical symptoms after infection. Conclusions: The rapid growth of AIDS epidemic in China is currently in the popular trend of transition from high-risk groups to the general population. Only the participation of the whole society can achieve the purpose of the national AIDS prevention.

【Key words】 AIDS patient; Psychotherapy; Participatory method; Sexual health knowledge

【中图分类号】 R512.91

【文献标志码】 A

【基金项目】 中国全球基金资助项目 (CSO-2012-研 45)。

【第一作者简介】 吴洪波 (1975-), 男, 副主任医师, 主要从事性病艾滋病的临床诊治与防控工作。

△【通讯作者】 晏家胜, E-mail: yjs_49412@163.com

近年来艾滋病在我省的发病数逐年增加, 我们对来我院就诊及到社区走访的 107 例 HIV/AIDS 进行深入访谈调查, 现将有关结果报告及分析如下。

1 临床资料

2014 年 1 月至 2014 年 8 月进行深入访谈调查在一年之内

确证的 107 例 HIV/AIDS, 年龄 15 ~ 67 岁之间, 其中男性 89 人, 女性 28 人; 已婚 46 例, 未婚 61 例; 职业以个体经商户、娱乐及酒店业、私营企业主、行政管理人员、无业者为主; 月收入在 5000 元以上者 17 例, 1000 ~ 5000 元者 59 例, 0 ~ 1000 元者 31 例; 既往均有不洁性接触史, 其中 56 例仅有异性间的不洁性接触史, 21 例仅有男男同性间的不洁性接触史, 30 例既有异性间的不洁性接触又有男男同性间的不洁性接触史; 都为贵州本地户籍, 其中贵阳地区户籍 21 人, 遵义地区户籍 11 人, 毕节地区户籍 18 人, 安顺地区户籍 17 人, 铜仁地区户籍 14 人, 其它地区户籍 26 人。

2 调查方法

2.1 访谈方式

因与被访谈者的深入访谈调查要涉及不洁性接触的时间、地点、性交方式、是否产生费用、性交频度等敏感话题, 我们选择较为安静的访谈室, 避免采取歧视性语言, 通过问卷式调查, 要求被访谈者能积极配合。而对在行抗病毒治疗期间依从性较好的患者, 能定期追踪及监测, 包括 CD4 + T 淋巴细胞、HIV 病毒载量的检查等, 以便随时了解患者的生理及心理变化。

2.2 访谈内容

制定合理的深入访谈调查提纲, 内容包括被访谈者的性别、年龄、职业、婚姻、户籍地、第一次不洁性接触的时间及地点、性交方式、同性或异性性行为、是否戴安全套、性交频度、性伴年龄、性伴的 HIV 感染情况等, 并自我剖析感染后的经验及教训, 有效预防的方法及策略, 今后 HIV/AIDS 在宣教方面的缺陷及完善方案等。

2.3 访谈注意事项

因涉及被访谈者的个人隐私, 要求访谈环境不受外界干扰, 周围不能有其它人员参与, 不要求患者留取真实姓名及工作单位, 部分话题设定为开放式提问, 尽量不限定患者回答的时间及范围, 已行抗病毒治疗患者可行多次访谈得到较为满意的结果。

2.4 调查问卷题目

- a、请介绍可能使您感染艾滋病毒的经历。
- b、请介绍您感染艾滋病毒可能主要是在哪些地方?
- c、请介绍您感染艾滋病毒的教训主要有哪些?
- d、您认为在预防经性传播艾滋病毒的宣教方面上还有哪些欠缺?
- e、针对经性传播艾滋病毒的方面您认为有哪些有效的方法和策略?

3 调查结果

107 例 HIV/AIDS 中异性间的不洁性接触感染主要通过阴道性交途径, 男男同性间的不洁性接触感染主要通过肛交途径, 少数同时有口交等其它途径。第一次发生不洁性接触的时间为 3 个月前至 10 多年前不等, 性交频度每周 3 ~ 5 次至每月 1 ~ 2 次不等, 发生地点多在夜总会、酒吧、KTV 包房、发廊等娱乐场所, 部分离异或单身女性不洁性接触多发生在自己或对方的居住地, 低收入人群主要与站街女、发廊女发生异性间的不洁性接触, 性伴年龄 16 ~ 47 岁不等。目前多数的娱乐场所存在卖淫嫖娼者之间发生性接触时均要求使用安全套, 但相当部分 HIV/AIDS 既往均有过未戴安全套经历, 而在男男同性之间通过肛交的不洁性接触绝大多数未使用安全套。在有卖淫嫖娼经历者

中每次产生的性交易费用在 100 ~ 1080 元人民币不等, 均不知对方是否为 HIV 感染者, 男男同性性接触中多数未产生性交易费用, 部分产生的性交易费用在 300 ~ 1000 元人民币不等。多数 HIV/AIDS 承认有多个性伴, 男男同性性接触者普遍文化层次较高, 其中 29 例具有本科以上文化程度, 主动检测者相对较多。部分患者在抗病毒治疗期间因性伴同时治疗知道性伴为 HIV/AIDS。MSM 人群、双性恋人群、多性伴人群仍是本地区 HIV 感染的高危人群, 高危性行为后主动检测、性伴检出 HIV 感染后检测、出现症状后就医是发现 HIV 感染的主要原因。深入访谈调查经性接触感染的方式及途径见表 1。

表 1 107 例 HIV/AIDS 经性接触感染的方式及途径

项目	类别	例数[n(%)]
性交方式	肛交	21(19. 63)
	阴道性交	56(52. 34)
	肛交/阴道性交	30(28. 04)
第一次发生不洁性接触的时间	1 年之内	29(27. 10)
	2 ~ 5 年之间	66(61. 68)
	6 年及以上	12(11. 21)
性交频度	1 次/d ~ 1 次/周	38(35. 51)
	1 次/周 ~ 1 次/月	50(46. 73)
	1 次/月及更少	19(17. 76)
不洁性接触的发生地点	娱乐场所	76(71. 03)
	双方居住地	17(15. 89)
	其它地方	14(13. 08)
性伴年龄	20 岁以下	25(23. 36)
	20 ~ 40 岁	81(75. 70)
	40 岁以上	11(10. 28)
是否使用安全套	偶尔不用	18(16. 82)
	经常不用	32(29. 91)
	有时不用	57(53. 27)
是否产生费用	从未产生	25(23. 36)
	偶尔产生	47(43. 93)
	经常产生	35(32. 71)
是否了解性伴 HIV 感染情况	感染前了解	6 (5. 61)
	感染后了解	36(33. 64)
	不了解	65(60. 75)
是否有多个性伴	是	88(82. 24)
	否	19(17. 76)
是否在高危行为后主动作 HIV 检测	是	31(28. 97)
	否	76(71. 02)

在深入访谈调查中要求患者自我剖析感染后的经验及教训, 以期能对今后的预防工作提供参考。多数患者建议身边朋友应洁身自好, 今后的性接触中做好安全防护措施, 包括使用

安全套等,保护好自己。而在如何有效预防 HIV 感染的方法及策略方面,包括应定期检查、及时性伴通知等。今后 HIV/AIDS 在宣教方面的缺陷及完善方案方面,建议加强学校、社区的宣传教育等,了解艾滋病对家庭、社会的危害等。但也有患者有恶意传播 HIV 感染的意识,经心理辅导及心理治疗后较能平静接受下一步的检查与治疗。对于 CD4 + T 淋巴细胞小于 500 c/ μ L, HIV 病毒载量大于 10^5 cp/mL、单阳家庭或孕期妇女、WHO 临床分期处于严重疾病期的患者等,建议积极抗病毒治疗,并从药物的依从性、副反应等方面做好细致的交流,有效降低 HIV 病毒的传染性。具体感染状况调查结果见表 2。

表 2 107 例 HIV/AIDS 感染状况调查结果

项目	分类	例数[n(%)]
CD4 + T 淋巴细胞计数(c/ μ L)	未检测	9 (8. 41)
	<200	31(28. 97)
	200 ~ 500	42(39. 25)
	>500	25(23. 36)
HIV 病毒载量(cp/mL)	未检测	17(15. 89)
	< 10^4	39(36. 45)
	$10^4 \sim 10^5$	43(40. 19)
	> 10^5	8 (7. 48)
WHO 临床分期	无症状期	45(42. 06)
	轻度疾病期	29(27. 10)
	中度疾病期	21(19. 63)
	严重疾病期	12(11. 21)
是否合并其它性传播疾病	无	66(61. 68)
	梅毒	19(17. 76)
	尖锐湿疣	14(13. 08)
	其它性病	10 (9. 35)
目前是否行抗病毒治疗	是	31(28. 97)
	否	76(71. 03)

4 讨论

现代社会高速发展, HIV 感染作为当今社会不容忽视的医疗卫生重大问题,从医疗、教育、法制等方面均应高度重视。一名 HIV 病毒携带者在出现艾滋病并发症之前,可能已经感染 5 ~ 10 人^[1]。目前全球的 HIV 感染者中, 3/4 通过性接触传播,而其中的 1/4 为男男性接触传播,因此如何预防经性传播途径导致的 HIV 感染是当今社会较棘手的问题,而同时伴有性传播疾病也可使患者对 HIV 的易感性增加 3 ~ 5 倍^[2],我们建议到门诊检查性病的患者特别是 MSM 人群按照知情不拒绝的原则同时作 HIV 抗体检测,从提高性病门诊医务人员认识、加强性病规范化诊疗、扩大性病艾滋病检测咨询服务入手,增加 HIV/AIDS 的检出率。HIV 病毒本身不会引起任何疾病,当免疫系统被 HIV 病毒破坏后人体失去抵抗能力而感染其它疾病导致死亡,其对外界环境的抵抗力较弱,很难通过空气及人类的日常交往方式传播,如能较好控制不影响患者的工作及生活,社会

不应歧视 HIV 感染者。

艾滋病在我国的流行目前处于快速增长期,流行趋势已从高危人群发展到普通人群,目前的新发病例中 15 ~ 19 岁青少年增长较快,第一次性行为时的年龄也是艾滋病发病的高危因素之一^[3]。在公安系统层面打击卖淫嫖娼,保持社会的安定团结,单身的外出打工者及留守妇女的性需求问题,均应引起政府及社会的高度重视。同时疾控部门应定期到娱乐场所进行相关知识的宣传教育(如发放安全套、宣传册等),对 HIV 感染者定期 CD4 + T 淋巴细胞监测等;辖区居(村)委会加强宣传栏、宣传板中的宣传,让低收入人群及无业者了解艾滋病的基本知识及对自身、家庭、社会的影响和危害,如果有高风险行为应及时就医等。而医疗机构发现 HIV/AIDS 后及时的抗病毒治疗也是最有效的预防手段之一,抗病毒治疗能使病毒浓度降至原来的万分之一,从而使病毒传染性降至原来的二十五分之一^[1],这就意味着如果更多的病毒携带者能够尽早接受抗病毒治疗,那么新增感染病例就会减少。

重视艾滋病患者的心理治疗。我们认为,在收治艾滋病患者的医疗单位,对住院治疗的艾滋病患者在进行药物治疗的同时进行心理辅导及咨询治疗,帮助艾滋病患者树立对生活的信心和对社会的责任,使患者保持积极的心态面对疾病也是下一步有效预防控制的主要手段。同时尽早告知过去的性伴,尽量配合协助有关艾防机构发现过去的性伴,让他们过去的性伴也尽快得到诊治。

实施在全省中学开展“性健康知识进校园”的工作规划。随着社会的发展、对外交流增加及社会的网络化,青少年性观念发生了转变,未婚性行为增多,严重威胁青少年的身心健康,甚至成为性传播疾病尤其是传播艾滋病的高危人群,而青少年性健康知识的普及是解决此类问题的关键。建议由教育部门牵头,实施在中学,尤其是在农村中学开展“性健康知识进校园”的工作规划,并鼓励探索一些有效的青少年性健康教育方式。

预防艾滋病知识教育社区化、大众化。建议在农村,尤其是农村边远地区,把在学校通过青少年性健康教育积极性高的同学招募为“防艾宣传志愿者”,农村社区把文化程度较高、热心公益活动的家庭让村民来推荐为健康家庭“示范户”,共同配合所在村卫生室防疫员,村、组基层组织和让村民参与以“恳谈会”的方法面对面的开展预防艾滋病知识宣传教育活动,尤其对文化程度较低、甚至文盲的广大农村社区村民会产生很好的效果^[4]。

通过对 HIV/AIDS 进行深入访谈调查分析,不洁性行为中安全套的使用、高危性行为后主动检测、及时的性伴通知、有效的抗病毒治疗及心理辅导与心理治疗、参与性方法普及性健康知识及艾滋病知识等均是今后预防 HIV 感染的最佳手段,只有通过全社会的共同参与,才能达到全民防艾的目的。

参 考 文 献

- [1] 张腾霄,王斌,孙丽梅,等.我国目前艾滋病病毒感染特点探讨及防控状况调查.黑龙江医药,2011,24(1):40-43.
- [2] 周彩霞,潘志萍,陈正义,等.2010 年遵义市艾滋病哨点监测结果分析.江苏预防医学,2011,22(3):11-13.
- [3] 王红枫,方芳,梅莉红,等.2008-2011 年上海市金山区卖淫人员

- 性传播疾病病情分析. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(12): 1103-1104.
- [4] 晏家胜, 杨敬源, 冯素珍, 等. 参与性方法进行农村村民和青少年性健康、防艾教育效果分析. 中国性科学, 2007, 16(3): 25-28.
- [5] 刘曦, 丁立, 黄珊凤, 等. 珠海市 HIV/AIDS 初治病人 123 例流行病学及临床特征分析. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(10): 909-911.
- [6] 梁健, 邓鑫, 张亚萍. 广西艾滋病流行状况和防治对策探讨. 广西医药, 2011, 33(1): 107-109.
- [7] 潘晓明, 段晓慧, 性学领域几个关注问题简析. 中国性科学, 2011, 20(2): 37-41.
- [8] 王春波, 姜丽, 刘志杰, 等. 全球基金项目县多部门和社会参与艾滋病防治工作分析. 河北医药, 2011, 33(4): 613-615.
- [9] 李钊, 汪永忠, 王仲宁, 等. 102 例 HIV 感染者相关资料分析. 中国麻风皮肤病杂志, 2011, 27(6): 438-439.
- [10] 徐金水, 刘晓燕, 傅更锋, 等. 江苏省不同档次场所暗娼梅毒及艾滋病感染状况分析. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(6): 513-515.
- [11] 李锦萍. 如何做好艾滋病宣传教育工作. 医学信息, 2011, 24(5): 2196-2197.
- [12] 王毅, 张光贵, 李六林, 等. 绵阳市男男性行为人群 HIV/梅毒新发感染及影响因素分析. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(6): 509-512.
- [13] 高良敏, 陈良, 马懿, 等. 玉溪市 2009 年~2010 年男男性接触人群艾滋病性病 KABP 调查. 卫生软科学, 2010, 24(6): 547-549, 553.
- [14] 赵翠英, 李巧敏, 路新利, 等. 河北省 HIV-1 感染者合并梅毒感染状况调查. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(9): 824-825, 830.
- [15] 郭婧锐, 时美楠, 翁立群. 艾滋病病毒感染者和艾滋病病人医疗服务现存问题的探讨. 黑龙江医药科学, 2011, 32(2): 88.

(收稿日期: 2014-10-08)

· 性传播疾病 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.015

基层医院梅毒螺旋体抗体筛查方法比较及筛查流程探讨

李亦君¹ 程振忠² 许兴¹ 陈雪¹ 蒋瑞心¹

1 北京中医药大学东直门医院东区检验科, 北京 100700

2 北京中医药大学东直门医院东区皮肤科, 北京 100700

【摘要】目的: 探讨基层医院梅毒螺旋体检测的筛查方法及流程。方法: 对 9169 份标本分别应用酶联免疫方法, 胶乳凝集方法, 血浆反应素卡试验进行梅毒螺旋体特异性抗体和非特异性抗体的检测, 其结果与梅毒螺旋体抗体颗粒凝集试验确证方法的结果相比较。结果: 9169 份标本中, ELISA 方法检测出的 83 例阳性标本经 TPPA 确证后 79 例阳性占 95.18%; 胶乳快速法检测出的 96 例阳性标本经 TPPA 确证 76 例阳性占 79.17%; 两种方法双阳性的 77 例标本经 TPPA 确证 76 例为阳性占 98.70%。RPR 法检测到 37 份阳性标本, 经 TPPA 确证 34 份阳性占 91.89%。初筛 ELISA, 胶乳快速法, RPR 三种方法均阳性的 34 例, 与经 TPPA 确证均为阳性为 100%。结论: 对于基层医院可以用 ELISA 方法进行筛查, 用胶乳法复检, 并用 RPR 法做传染性的检测, 适当改进筛查流程确保梅毒螺旋体的检查。

【关键词】梅毒螺旋体抗体; 基层医院; 筛查流程

Comparison and screening process investigation of methods for the detection of antibody against treponema pallidum in primary hospitals LI Yijun¹, CHENG Zhenzhong², XU Xing¹, CHEN Xue¹, JIANG Ruixin¹. 1. Clinical Laboratory, the Eastern Area of Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 2. Dermatology Department, the Eastern Area of Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China

【Abstract】Objectives: To evaluate and investigate the methods for the detection of antibody against treponema pallidum in primary hospitals. Methods: A variety of methods including ELISA, latex agglutination method and rapid plasma regain card test were used to detect the syphilis specific antibody and non-specific antibody in 9169 specimens. The results of all tests were compared with that of treponema pallidum particle agglutination test. Results: Agreements of the TPPA with the ELISA, latex rapid method and rapid plasma regain card test were 95.

【第一作者简介】李亦君(1978-), 女, 主管检验师, 主要从事临床检验及研究工作。

18% , 79.17% and 91.89 % , respectively. For ELISA and latex rapid method double positive specimens, the agreement was 98.70% . For the 34 positive specimens in all ELISA, latex rapid method and RPR, the agreement of TPPA was 100 % . **Conclusions:** Laboratory of primary hospitals can use ELISA method for screening, and emulsion method for reinspection while RPR method can be used for infectivity detection, which is reliable and effective.

【Key words】 Treponema pallidum antibody; Basic – level hospitals; Screening process

【中图分类号】 R 759.1 **【文献标志码】** A

梅毒是一种系统性传播疾病,其病原体是苍白螺旋体(treponemia pallidum,TP)。除性传播途径外,还可经血或母婴垂直传播。据世界卫生组织估计,全球每年新增梅毒感染病例1200 万^[1],近年我国梅毒发病也呈上升趋势;1993 年每 100 万人梅毒总发病数不到 2 例,而 2005 年每 100 万人中仅一期二期梅毒发病人数就可达 57 例^[2]。我国卫生部 2011 年全国法定报告的梅毒发病率和死亡率分别比 2010 年增长了 9.71% 和 7.69%^[3]。2010 年《新英格兰医学杂志》报道,中国不到一小时就增加一例先天性梅毒患者^[4]。梅毒目前已经居乙类传染病的第三位^[5]。我院也在 2006 年就对医院连续三年梅毒筛查阳性例数呈上升趋势的情况做过总结^[6]。这些研究报道已经清楚的表明,梅毒防控形势十分严峻。

早期梅毒和隐性梅毒^[7](潜伏梅毒)可无临床症状^[8],因此梅毒感染以实验室诊断为主,同时因为苍白螺旋体不能做体外培养,所以血清学为主要检测方法^[9]。目前在各基层医院除了皮肤性病科等专科外,常规手术、输血、内窥镜检查等术前患者通常都进行梅毒血清学筛查。因为存在医疗安全问题和社会问题,梅毒准确检出具有重要意义。本研究对 2013 年 1 至 12 月北京中医药大学东直门医院东区门诊、住院患者中进行了梅毒血清学筛查的 9169 份标本结果进行了分析。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 标本来源 收集 2013 年全年本院门诊及住院患者进行梅毒血清学筛查的血清标本 9169 份,其中男性 4154 例,年龄 10~92 岁,平均 48.6 岁;女性 5015 例,年龄 14~102 岁,平均 46.3 岁。

1.1.2 试剂与仪器 BIO – RAD 的 EVOLIS 全自动酶标仪,宇力 TL – 2000A 型水平旋转仪。试剂为北京万泰生物药业有限公司生产的梅毒螺旋体抗体试剂盒;日本富士瑞必欧株式会社生产的梅毒螺旋体抗体颗粒凝集试验(treponema pallidum particle agglutination,TPPA);上海科华生物技术有限公司生产的血浆反应素卡(rapid plasma regain card test,RPR)。艾康生物技术(杭州)有限公司生产的梅毒抗体检测试剂盒(免疫层析分析技术胶乳法)。

1.2 方法

1.2.1 梅毒螺旋体抗体初筛 将 9169 份进行梅毒螺旋体抗体初筛的血清标本在 EVOLIS 上进行酶联免疫吸附方法(ELISA)的梅毒螺旋体抗体初筛,同时进行胶乳法梅毒抗体的快速检测以及血浆反应素卡(RPR)的梅毒螺旋体非特异的抗体筛查。阳性结果的判定依据试剂说明书。

1.2.2 梅毒螺旋体抗体复检 三种方法中任意一种方法检测阳性的标本进行梅毒螺旋体抗体颗粒凝集试验(TPPA)的确证实验。

2 结果

2.1 梅毒螺旋体抗体检测结果

初筛结果:血清进行 ELISA 方法的梅毒特异性抗体检测中阳性 83 例;血清进行胶乳法梅毒血清特异性抗体快速检测中阳性 96 例;血清进行梅毒螺旋体非特异性抗体检测 RPR 中阳性 37 例。见表 1。

复检结果:初筛三种方法任意一种检测结果为阳性的标本我们进行 TPPA 的确证实验,共检测 106 份标本,阳性 79 例。见表 2。ELISA 方法的 S/CO 值与 TPPA 确证实验结果对照如表 3。

2.2 综合判定结果

ELISA 方法检测的 83 例阳性标本,经 TPPA 确证后 79 例阳性(95.18%);胶乳法 96 例阳性标本中经 TPPA 确证 76 例阳性(79.17%);两种方法双阳性的 77 例标本经 TPPA 确证均为阳性 76 例(98.70%)。见表 2。

RPR 检测的 37 份阳性标本中,经 TPPA 确证 34 份阳性(91.89%)。初筛 ELISA、胶乳快速法、RPR 三种方法均阳性的 34 例,与经 TPPA 确证 34 份阳性重合(100%)。见表 2。

表 1 三种初筛方法阳性标本分别经 TPPA 确证实验后结果比较				
方法		酶联免疫法	胶乳法	RPR 法
TPPA 法	阳性	79(95.18)	76(79.17)	34(91.89)
	阴性	4(4.82)	20(20.83)	3(8.11)

表 2 初筛方法综合阳性标本的 TPPA 结果情况					
检测法			n	TPPA	
ELISA	胶乳法	RPR		+	-
+	+	+	34	34	0
+	+	-	42	42	0
+	-	+	7	3	4
-	+	-	20	0	20
-	-	+	3	0	3

表 3 83 份酶联免疫法初筛阳性 S/CO 值区间与 TPPA 复检对应关系					
TPPA	酶联免疫法(S/CO 值)				
	1~5	5~10	10~15	>15	合计
阳性	0	1	1	77	79
阴性	1	2	0	1	5

注:S/CO 值>15 中 TPPA 阴性者为一位自身免疫病患者

3 讨论

血清学检测梅毒螺旋体抗体主要有两类方法,即梅毒螺旋体非特异性抗体试验和梅毒螺旋体特异性抗体试验。前者以心磷脂、胆固醇、卵磷脂作为抗原,我院以 RPR 法代表此类方法。该方法操作简便、快速,成本低,适于基层医院应用和人群调查^[10]。此方法缺点是反映不出既往感染,并受其它疾病影响较大,易产生假阳性结果。后者以梅毒螺旋体或其特异性肽段作抗原,如 TPPA、FTA-ABS、免疫层析梅毒螺旋体抗体快速检测、酶联免疫吸附法等,我院以 TPPA 和酶联免疫吸附法和快速胶乳法为代表。优点是特异性强,可作为梅毒螺旋体非特异性抗体初筛阳性标本的复检和确证^[11]。但由于感染梅毒螺旋体后,特异性抗体试验呈阳性的患者长时间甚至终身阳性,不能区分既往和现症感染,亦不能作为疗效观察。另外 TPPA 存在成本高耗时长,不易自动化的缺点,胶乳法虽简单快速但是为手工方法,假阳性比例也较高。

针对方法学上的利弊,对于梅毒血清学筛查的方案各国不尽相同。美国 CDC 推荐首选非特异性抗体进行初筛,阳性后再使用特异性抗体方法进行确证^[12,13]。但是我们知道非特异性方法操作相对繁琐,消耗人力,不便大批量系统化测量,而且对于非活动性梅毒感染且不知道自己曾经感染梅毒的患者易造成“未曾感染梅毒”不必要的误会。目前我国很多医院采用逆向程序(reverse sequence)筛查方案^[14,15]。即先查特异性抗体,再查非特异性抗体试验。这样可以明确的将既往感染和现症梅毒的情况告知患者和临床医师,也避免了一些不必要的纠纷。同时,对于梅毒特异性抗体的检测,很多都是上机的方法,节约人力同时标准化程度高,重复性好。

综上,我们对我院 9169 例进行筛查的患者进行了几种筛查方法的比较,并用 TPPA 法进行确证。综合分析,ELISA 方法作为批量梅毒螺旋体抗体的初筛方法具有灵敏度、特异性高,可自动化的优点,其阳性结果经 TPPA 确证 95.18% 为阳性。尤其是对于 S/CO 数值 10 以上的结果。当然也有特例,由表 3 我们发现一例患者 S/CO 数值高于 15 以上,但是经 TPPA 确证为阴性。这种情况很少见,联系临床医师并做了一系列检测后证实患者为自身免疫病患者,其体内自身抗体导致 ELISA 出现交叉反应,造成假阳性。该患者的胶乳法也为阴性。所以针对此情况 ELISA 和胶乳法双阳性的筛查标准可以避免假阳性的误报。同时,有我们的检测数据可知:对于 ELISA 方法和胶乳法双阳性的标本与 TPPA 检测结果一致性高达 100%。由此针对 TPPA 批量操作繁琐而且上机不方便的特点,我们可以应用酶联免疫法初筛阳性后用胶乳法复查,双阳性直接报梅毒螺旋体特异性抗体阳性。对于两者不一致的再做 TPPA 检测,这样大大节约了时间和人力。同时 RPR 的检测只对特异性抗体阳性患者检测^[16],用以区分是否有传染性。

为此,我们针对我院情况将梅毒螺旋体抗体检测流程规范如图 1 所示。

有关梅毒的检测我们力求更为准确及时,给患者和临床提供更为可靠的依据。在实践中我们也逐渐积累经验使各个检测环节更为完善,为梅毒的防治工作尽我们的微薄之力。

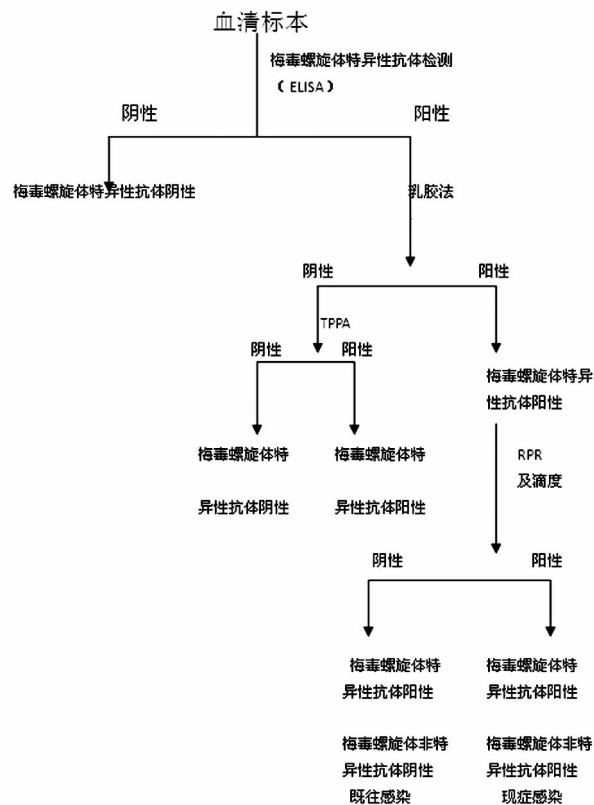


图 1 梅毒螺旋体抗体检测流程

参考文献

- [1] 赵辨. 临床皮肤病学. 南京: 江苏科技出版社, 2010.
- [2] Chen ZQ, Zhang GC, Gong XD, et al. Syphilis in China; results of a national surveillance programme. *Lancet*, 2007 (369): 132-138.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 卫生部发布 2012 年 1 月及 2011 年度全国法定传染病疫情概况. 2012-02-10.
- [4] Trcker JD, chen XS, Peeling RW. Syphilis and social upheaval in China. *N Engl J Med*, 2010 (362): 1658-1661.
- [5] 李亦君. 我院 06 年度梅毒螺旋体抗体检测的结果分析. *中华医药卫生研究*, 2007 (5): 307.
- [6] 薛大奇. 我国梅毒的防治面临的挑战和对策. *中国性科学*, 2012, 21 (1): 15-16.
- [7] 杜健群, 卢斯汉, 李英, 等. 181 例隐性梅毒临床特征分析. *中国性科学*, 2014, 23 (3): 38-40.
- [8] 徐新美, 陈培明. 无症状性病感染者及防治对策. *中国皮肤性病杂志*, 2002 (16): 416.
- [9] Ratnam S. The laboratory diagnosis of syphilis. *Can J Infect Dis Med Microbiol*, 2005 (16): 45-51.
- [10] 孙莹, 徐明, 吴颖之, 等. 化学发光和时间分辨荧光法与 TRUST 检测结果比较. *中国皮肤性病杂志*, 2010 (24): 735-736.
- [11] Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull World Health Organ*, 2004 (82): 439-446.
- [12] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Syphilis testing algorithms using treponemal tests for initial screening—four laboratories, New York City, 2005-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*,

2008(57):872-875.

- [13] Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep, 2010(59):1-110.
- [14] 杜静, 张泽芸, 周薇, 等. 化学发光微粒子免疫分析法检测梅毒螺旋体特异性抗体的应用与评价. 广东医学, 2012(33):1100-1102.
- [15] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Discordant result

from reverse sequence syphilis screening—five laboratories, United States, 2006-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2011(60):133-137.

- [16] 陈兰兰, 邵燕玲, 王巧凤, 等. 自动化梅毒螺旋体抗体初筛实验的特异性及流程改进探讨. 中华医学检验杂志, 2013(36):891-894.

(收稿日期:2014-09-10)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.016

头孢曲松钠与左氧氟沙星治疗无合并症淋病疗效的对比研究

吴方毅¹ 任妮丽^{2△}

1 湖北医药学院附属人民医院皮肤科, 湖北 十堰 442000

2 湖北医药学院附属人民医院医务科, 湖北 十堰 442000

【摘要】目的:探讨和比较头孢曲松钠与左氧氟沙星在无合并症淋病患者治疗中的临床应用价值。**方法:**选取2012年6月至2013年12月期间我院所收治的90例无合并症淋病患者作为本次临床研究对象, 采用区组化随机分组法将入选患者随机分为头孢曲松钠组和左氧氟沙星组, 每组45例。分别对头孢曲松钠组和左氧氟沙星组无合并症淋病患者的临床治疗情况、不良反应发生情况、预后复发情况进行比较和分析。**结果:**头孢曲松钠组无合并症淋病患者临床治疗效果达到痊愈标准的比率及总有效率分别为82.22%和97.78%, 均显著高于左氧氟沙星组患者的64.44%和77.78% ($P < 0.05$); 两组治疗中不良反应发生率不具有显著差异 ($P > 0.05$); 头孢曲松钠组无合并症淋病患者预后复发的比率为4.44%, 明显低于左氧氟沙星组患者的22.22% ($P < 0.05$)。**结论:**头孢曲松钠在提高无合并症淋病患者临床疗效以及改善预后等方面均优于左氧氟沙星, 可作为治疗无合并症淋病患者的推荐药物予以应用和推广。

【关键词】 无合并症淋病; 头孢曲松钠; 左氧氟沙星

Comparative study on the efficacy of ceftriaxone and levofloxacin in the treatment of uncomplicated gonorrhea WU Fangyi¹, REN Nili^{2△}. 1. Department of Dermatology, People's Hospital Affiliated to Hubei Medical College, Shiyan 442000, China; 2. Medical Department, People's Hospital Affiliated to Hubei Medical College, Shiyan 442000, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical application value of ceftriaxone and levofloxacin in the treatment of uncomplicated gonorrhea. **Methods:** 90 uncomplicated gonorrhea patients, from June 2012 to December 2013 in our hospital, were selected and divided into ceftriaxone group and levofloxacin group randomly, with 45 cases in each group. The clinical treatment effect, incidence of adverse reactions and ratio of prognosis recurrence of the two groups were compared and analyzed. **Results:** The ratio of clinical cure and total efficiency of the uncomplicated gonorrhea patients in ceftriaxone group were 82.22% and 97.78%, respectively. The ratio of clinical cure and total efficiency of the uncomplicated gonorrhea patients in levofloxacin group were 64.44% and 77.78%, respectively. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions of the uncomplicated gonorrhea patients in ceftriaxone sodium group was 11.11%, including diarrhea, abdominal pain, nausea, vomiting and rash itching. The incidence of adverse reactions of the uncomplicated gonorrhea patients in levofloxacin

【基金项目】 湖北省自然科学基金面上项目(2006ABA342)。

【第一作者简介】 吴方毅(1980-), 男, 主治医师、硕士, 主要从事皮肤性病临床与研究工作。

[△]**【通讯作者】** 任妮丽, Email:1812480593@qq.com

group was 20.00%, included diarrhea, abdominal pain, nausea, vomiting and rash itching. The difference was not statistically significant ($P > 0.05$). The ratio of prognosis recurrence of the uncomplicated gonorrhea patients in ceftriaxone sodium group was 4.44%. The ratio of prognosis recurrence of the uncomplicated gonorrhea patients in levofloxacin group was 22.22%. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions:** Compared with levofloxacin, ceftriaxone has advantages in improving clinical efficacy, reducing adverse reactions and improving outcomes of patients with uncomplicated gonorrhea, which is worth further application and promotion in the treatment of uncomplicated gonorrhea.

【Key words】 Uncomplicated gonorrhea; Ceftriaxone sodium; Levofloxacin

【中图分类号】 R759.2

【文献标志码】 A

目前,淋病(gonorrhea)以其临床患病群体之大、患病人数之多而迅速跃居全球性传播疾病的首位,也是我国临床上最为常见的性病之一^[1]。淋病往往是由淋病双球菌所引起,以排出脓性分泌物为主要临床症状表现的泌尿生殖系统化脓性感染^[2]。近年来,随着淋病双球菌对相关抗菌药物敏感性的不断改变,以及淋病双球菌临床耐药性的进一步增加,在某种程度上给淋病的治疗带来了极大的影响和困扰,治疗难度不断加大^[3]。那么如何从众多抗菌药物中寻求和筛选出一种疗效确切、效果显著的药物已成为提高无合并症淋病患者临床治疗效果的重中之重^[4]。因此,本次临床研究以我院2012年6月至2013年12月期间所收治的无合并症淋病患者作为临床研究对象,分别对头孢曲松钠与左氧氟沙星在无合并症淋病治疗中的临床应用效果予以全面细致的比较和分析,现将临床用药方法和疗效报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般材料

经我院医学伦理委员会批准,特选取2012年6月至2013年12月期间我所收治的90例无合并症淋病患者作为本次临床研究对象,本次临床研究的人选标准为:(1)存在不洁性交史;(2)尿道口呈现红肿、流脓,同时伴有尿频、尿急、尿痛以及会阴部疼痛等相关症状;(3)男性患者尿道分泌物或女性患者宫颈管内分泌物涂片淋球菌培养呈阳性。排除标准为:(1)存在非淋菌性尿道炎以及合并有支原体、衣原体感染者;(2)存在恶性肿瘤和心、脑、肺、肝、肾、血液系统性疾病者;(3)存在神经、精神类疾病者;(4)存在在本研究所用药物过敏史和禁忌症者。入选患者均签署知情同意后采用区组化随机分组法随机分为两组,每组45例,头孢曲松钠组中男性患者25例,女性患者20例;年龄24~60岁,平均年龄(38.43 ± 7.65)岁;病程2~5d,平均病程(3.58 ± 1.21)d。左氧氟沙星组中男性患者26例,女性患者19例;年龄23~59岁,平均年龄(38.12 ± 7.49)岁;病程2~6d,平均病程(3.54 ± 1.23)d。两组入选研究对象在性别结构、平均年龄和平均病程等方面比较,差别均不具有统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法

头孢曲松钠组无合并症淋病患者给予头孢曲松钠的临床药物治疗方案,具体给药方法和给药剂量包括:注射用头孢曲松钠(规格:0.25g/支,生产厂家:国药集团致君(苏州)制药有限公司,批准文号:国药准字H20053555),氯化钠注射液(规格:

100 mL/瓶,生产厂家:吉林省都邦药业股份有限公司,批准文号:国药准字H20084142);将1.0g的注射用头孢曲松钠加入到100mL生理盐水中予以静脉滴注,2次/d,7d为1个疗程。左氧氟沙星组无合并症淋病患者给予左氧氟沙星的临床药物治疗方案,具体给药方法和给药剂量包括:注射用左氧氟沙星(规格:0.1g/支,生产厂家:吉林敖东药业集团延吉股份有限公司,批准文号:国药准字H20030205),氯化钠注射液(规格:100 mL/瓶,生产厂家:吉林省都邦药业股份有限公司,批准文号:国药准字H20084142);将0.2g的注射用左氧氟沙星加入到100mL生理盐水中予以静脉滴注,2次/d,7d为1个疗程。临床主管医生可根据两组无合并症淋病患者的治疗过程中实际病情的变化情况,分别对具体的给药剂量和用药疗程予以适时适度的调整,2个疗程后对两组无合并症淋病患者的临床治疗效果进行观察和比较。

1.3 评价指标

分别对头孢曲松钠组和左氧氟沙星组无合并症淋病患者的临床治疗情况、不良反应发生情况、预后复发情况进行比较和分析。其中临床治疗情况的评定标准^[5]:(1)痊愈:临床症状和体征在治疗后第7d完全或者基本消失,细菌涂片及培养为阴性;(2)显效:治疗后第7d分泌物涂片检查,可见WBC < 4 个/HP或者患者仍有自觉症状,但是分泌物涂片未见双球菌且培养淋球菌阴性;(3)无效:淋病症状和体征在治疗后第7d仍然存在甚至加重,行分泌物涂片仍可见双球菌或培养淋球菌阳性,痊愈率和显效率二者之和计为总有效率。其中不良反应发生情况的考察指标主要有腹泻腹痛、恶心呕吐、皮疹瘙痒等。其中预后复发情况的考察指标主要包括1年复发和1年未复发。复发的标准为经治疗后淋球菌转阴的患者在1年内再度检出淋球菌。

1.4 统计学处理

采用SPSS 19.0软件对数据进行统计学处理和分析,计数资料采用 χ^2 检验,并以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组无合并症淋病患者临床治疗情况的比较

头孢曲松钠组无合并症淋病患者临床治疗效果达到痊愈标准的比率及总有效率分别为82.22%和97.78%,均显著高于左氧氟沙星组患者的64.44%和77.78%,并且两组间比较差别均呈现出统计学意义($\chi^2 = 3.64, 8.39; P < 0.05$)。见表1。

表 1 两组无合并症淋病患者临床治疗情况的比较

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率
头孢曲松钠组	45	37(82.22) *	7(15.56)	1(2.22) *	44(97.78) *
左氧氟沙星组	45	29(64.44)	6(13.33)	10(22.22)	35(77.78)

注:与左氧氟沙星组患者相比 * 表示 $P < 0.05$

2.2 两组无合并症淋病患者不良反应发生情况的比较

两组间不良反应发生情况比较,差别未呈现出统计学意义($\chi^2 = 1.35; P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组无合并症淋病患者不良反应发生情况的比较

组别	例数	腹泻腹痛	恶心呕吐	皮疹瘙痒	总发生率
头孢曲松钠组	45	2(4.44)	2(4.44)	1(2.22)	5(11.11)
左氧氟沙星组	45	3(6.67)	4(8.89)	2(4.44)	9(20.00)

2.3 两组无合并症淋病患者预后复发情况的比较

头孢曲松钠组无合并症淋病患者预后复发的比率为 4.44%,明显低于左氧氟沙星组患者的 22.22%,并且两组间比较差别呈现出统计学意义($\chi^2 = 6.15, 6.15; P < 0.05$)。

3 讨论

近年来,伴随着我国社会经济水平的日益提高,以及西方文化理念对传统思想的冲击和碰撞,导致国人的思想发生了极大的转变,造成性观念的开放,甚至从事性工作的人数日渐增多,在一系列社会问题的背后也导致性传播疾病,特别是淋病的发病率呈现出迅猛的增长趋势^[6,7]。淋病往往具有潜伏期较短、传染性较强,能够在短时间内迅速蔓延的特点^[8]。女性患者在感染淋病后可引起子宫内膜炎、盆腔炎、不孕等,而男性患者在感染淋病后则可引起附睾炎、前列腺炎及不育等,严重者甚至会加速艾滋病(HIV)的传播^[9]。那么早期给予积极的明确诊断,并及时采用高效的抗菌类药物予以治疗,则成为有效控制淋病发生和发展的关键。

传统上常采用青霉素对淋病进行干预和治疗,然而随着临床上对于不合理使用抗菌类药物甚至滥用抗菌类药物现象的不断增多,以及耐青霉素的淋病奈瑟菌的进一步变异,不得不让人们来重新选择更为有效的淋病治疗药物^[10,11]。头孢曲松钠作为第三代头孢菌素类药物之一,具体良好的抗菌活性和较高的生物利用度^[12]。头孢曲松钠对 β -内酰胺酶具有较高的稳定性,特别是其所具有的杀菌有效浓度能够维持较长时间,达到 24h 之久,并能够迅速渗透到人体全身的各个组织和体液之中,从而发挥较为理想的抗菌效果^[13]。头孢曲松钠的作用机制主要是通过对细胞壁合成的抑制而产生杀菌活性,从而在体外充分发挥其显著的杀菌作用,能够将体内存在的大量革兰阴性菌和革兰阳性菌,特别是淋球菌及梅毒螺旋体得以彻底的杀灭,从而使其在淋病的治疗中处于不可替代的重要地位^[14,15]。

应用头孢曲松钠进行药物治疗的无合并症淋病患者,临床治疗效果达到痊愈标准的比率及总有效率分别为 82.22% 和 97.78%,均显著高于应用左氧氟沙星进行药物治疗患者的

64.44% 和 77.78% ($P < 0.05$);两组治疗中不良反应发生率不具有显著差异($P > 0.05$);应用头孢曲松钠进行药物治疗的无合并症淋病患者预后复发率为 4.44%,显著低于应用左氧氟沙星进行药物治疗患者的 22.22% ($P < 0.05$)。

综上所述,头孢曲松钠在提高无合并症淋病患者临床疗效以及改善预后等方面均优于左氧氟沙星,可作为治疗无合并症淋病患者的推荐药物予以应用和推广。

参 考 文 献

- [1] 郑锦华. 淋病患者临床特点、危险因素及治疗方式的分析. 中国性科学, 2013, 22(9): 38-40.
- [2] 刘科峰, 王艳君. 单纯性淋病 400 例不同治疗方案疗效比较. 中国皮肤性病学杂志, 2010, 11(2): 155-156.
- [3] 董玉军, 关海军. 淋球菌耐药性与淋病的治疗分析. 中国实用医药, 2011, 6(35): 130-131.
- [4] Kirkcaldy RD, Weinstock HS, Moore PC, et al. The efficacy and safety of gentamicin plus azithromycin and gemifloxacin plus azithromycin as treatment of uncomplicated gonorrhea. Clin Infect Dis, 2014, 59(8): 1083-1091.
- [5] 王光超. 皮肤病及性病学. 北京: 科技出版社, 2002: 349-354.
- [6] 刘合岭, 李新, 曹爽, 等. 2005-2011 年中国大陆地区淋病疫情时空聚类研究. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(3): 230-233.
- [7] Fan W, Zhang Q. Risk factors for male patients with gonorrhoea complicated by inflammation of the paraurethral glands around the external urethral orifice. Int J STD AIDS, 2012, 23(6): 400-402.
- [8] 李斌. 头孢地嗪和头孢曲松钠治疗淋病的疗效比较分析. 中国性科学, 2013, 22(11): 43-45.
- [9] 林青. 不同剂量头孢哌酮舒巴坦治疗单纯性淋病疗效比较研究. 中国性科学, 2014, 23(9): 49-51.
- [10] Carrasco JL, Álvarez E, Olivares JM, et al. A comparative cost - analysis of initiating pregabalin or SSRI/SNRI therapy in benzodiazepine - resistant patients with generalized anxiety disorder in Spain. Actas Esp Psiquiatr, 2013, 41(3): 164-174.
- [11] Trecker MA, Dillon JA. Identification of demographic and behavioral risk factors for antibiotic resistant gonorrhea infections to combat the emergence of potentially untreatable infections. Sex Transm Dis, 2014, 41(12): 730-731.
- [12] 张美珍, 吴小明. 头孢曲松与氨曲南治疗淋病的药物成本分析对治疗方案实施的影响. 中国性科学, 2013, 22(12): 47-49.
- [13] Macaluso A, Bernabucci M, Trabucco A, et al. Analgesic effect of a single preoperative dose of the antibiotic ceftriaxone in humans. J Pain, 2013, 14(6): 604-612.
- [14] Crandon JL, Nicolau DP, et al. Human simulated studies of aztreonam and aztreonam - avibactam to evaluate activity against challenging gram - negative organisms, including metallo - β - lactamase producers. Antimicrob Agents Chemother, 2013, 57(7): 3299-3306.
- [15] Schumacher CM, Ghanem KG. Retreatment rates for uncomplicated gonorrhea infection: comparing ceftriaxone and azithromycin versus ceftriaxone and doxycycline. Sex Transm Dis, 2013, 40(7): 539-545.

(收稿日期: 2015-01-27)

• 性传播疾病 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.017

四种方法检测淋病奈瑟球菌的临床应用对比研究

赵晓兰¹ 冯琳²

1 东阳市人民医院巍山分院妇产科,浙江 金华 322109

2 金华市妇幼保健院妇产科,浙江 金华 321000

【摘要】目的:探究与分析四种检测法在淋病奈瑟球菌的临床应用。方法:选取我院自 2012 年 8 月至 2014 年 8 月收治的 400 例疑似淋病奈瑟菌感染患者作为临床研究对象,分别给予以下四种检测方法包括直接涂片染色法、培养鉴定法、聚合酶连反应法及斑点金免疫渗滤法对本标本进行检测,以培养鉴定法作为对照组,对比四组检测方法对淋球菌的阳性检出率以及检测淋球菌的符合度情况。结果:培养鉴定法与斑点金免疫渗滤法阳性检出率相比无显著差异($\chi^2 = 2.89, P > 0.05$);培养鉴定法分别与直接涂片染色法、聚合酶连反应法阳性检出率相比具有显著差异($\chi^2 = 4.35, P < 0.05$; $\chi^2 = 4.57, P < 0.05$)。培养鉴定法与聚合酶连法在检测淋球菌方面存在一致性($K = 0.890, P < 0.05$),而培养鉴定法与直接涂片染色法及斑点金免疫渗滤法均不存在一致性($P > 0.05$)。结论:在临床工作中对微生物进行诊断时建议选择两种以上的检测方法以保证阳性检出率,为临床治疗提供合理依据。

【关键词】 淋球菌奈瑟菌法;直接涂片染色法;培养鉴定法;聚合酶链反应法;斑点金免疫渗滤法

The clinical application of four tests for neisseria gonorrhoeae ZHAO Xiaolan¹, FENG Lin². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Weishan Branch of Dongyang City People's Hospital, Jinhua 322109, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Jinhua City Maternal And Child Care Service Centre, Jinhua 321000, China

【Abstract】 **Objectives:** To explore and analyze the clinical application of four kinds of test in the detection of gonorrhea neisseria gonorrhoeae. **Methods:** 400 cases of suspected gonorrhea neisseria fungus infection in our hospital from August 2012 to August 2012 were selected and given the following four kinds of detection methods respectively including direct smear staining method, cultivating assay method, polymerase reaction method and spot gold immune percolation method. The group received cultivating assay method was chosen as control group. The positive detection rate and detection conformity of neisseria gonorrhoeae of the four groups were compared. **Results:** No significant difference in the positive detection rate was found between the cultivating assay method and spot gold immune percolation method ($\chi^2 = 2.89, P > 0.05$); significant difference in the positive detection rate was found between cultivating assay method and direct smear staining method/ polymerase reaction method ($\chi^2 = 4.35, P < 0.05$; $\chi^2 = 4.57, P < 0.05$). Cultivating assay method had consistency with polymerase reaction method in the detection of neisseria gonorrhoeae ($K = 0.890, P < 0.05$), while cultivating assay method had no consistency with direct smear dyeing method and spot gold immune percolation method ($P > 0.05$). **Conclusions:** At least two detection methods should be adopted in the clinical diagnosis to ensure the positive detection rate, provides the reasonable basis for the clinical treatment.

【Key words】 Neisseria gonorrhoeae method; Direct smear staining method; Cultivating assay method; Polymerase chain reaction method; Spot gold immune infiltration method

【中图分类号】 R759.2

【文献标志码】 A

淋病作为目前临床上一类发病率较高的性传播疾病,据调查研究资料显示,每年新增的淋病病例可高达 6000 万^[1]。由于淋病主要病原体为淋病奈瑟菌,在发病过程中可诱发附睾炎、盆腔炎等,对患者的身心健康带来了较大的伤害,因此,对于淋病奈瑟球菌的早期诊断至关重要。目前实验室中对淋病奈瑟球菌的检测方法较多,包括直接涂片染色法、培养鉴定法、聚合酶连反应法及斑点金免疫渗滤法^[2]。本文现针对上述四种检测方法在淋病奈瑟球菌中的

临床应用价值展开分析,将研究结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取随机数字表法选取我院自 2012 年 8 月至 2014 年 8 月来院检查的 400 例疑似淋病奈瑟菌感染患者作为临床研究对象,全部患者均在我院行尿液及分泌物检查,其中男 198 例,女 202 例,年龄在 30 至 52 岁之间,平均年龄为 (43.2 ± 2.5) 岁,病程在 1 至 3 个月之间,平均病程为 (2.1 ± 0.6) 个月。

1.2 标本采集

由门诊医师对该组患者进行标本采集,其中对于男性患者标本的采集方法为:将一次性拭子插入到男性患者尿道内的 2

【第一作者简介】赵晓兰(1967-),女,副主任医师,主要从事妇科临床诊治与研究工作。

至 3cm 处对分泌物进行采集。对于女性患者标本的采集方法为:将一次性拭子插入到宫颈口 0.5cm 至 1cm 处进行采集,将上述所采集到的分泌物分别置于 4 支无菌管中,将其放置在 35℃ 的环境中予以保存后及时送检。

1.3 主要仪器与设备

淋球菌培养基购自天津市金章科技发展有限公司,氧化酶试剂、APINH 生化鉴定纸条由法国生物梅里埃公司提供,快速革兰染色液由珠海备索生物技术有限公司提供,聚合酶链反应试剂盒购自上海科华生物工程股份有限公司,斑点金免疫渗滤所用的试剂购买自蓝波生物科技有限公司。

1.4 检测方法

直接涂片染色法:将采集到的分泌物立即进行涂片出后直至风干,对其采用革兰染色法于显微镜下进行观察。于胃镜下可见涂片染色呈粉红色或红色,形状呈半圆形对称排列或肾形对称作为淋病奈瑟球菌阳性。

培养鉴定法:在进行培养前对所使用的培养基于 35℃ 环境中予以保温,将采集到的分泌物直接连续划线接种于 TM 淋球菌专业培养基上,后将其放置于 5% 二氧化碳培养箱内连续培养 1~2d。

聚合酶链反应法及斑点金免疫渗滤法严格按照各试剂说明书进行操作。

1.5 统计学指标

采用 SPSS18.0 统计软件对本次研究所取得的数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,两种方法的一致性检验采用 Kappa 分析,以 $P < 0.05$ 代表有统计学意义。

2 结果

2.1 四种淋病奈瑟球菌检测方法对疑似淋病奈瑟球菌感染患者阳性检出率对比

培养鉴定法阳性检出率为 21.75%,直接涂片染色法阳性

检出率为 17.00%,斑点金免疫渗滤法阳性检出率为 21.00%,聚合酶链反应法阳性检出率为 25.00%,培养鉴定法与斑点金免疫渗滤法阳性检出率相比无显著差异($\chi^2 = 2.89, P > 0.05$);培养鉴定法分别与直接涂片染色法、聚合酶链反应法阳性检出率相比具有显著差异($\chi^2 = 4.35, P < 0.05$; $\chi^2 = 4.57, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 四种淋病奈瑟球菌检测方法对疑似淋病奈瑟球菌感染患者阳性检出率对比

检测方法	检测例数(n)	阳性例数(n)	阳性率(%)
培养鉴定法	400	87	21.75
直接涂片染色法	400	68	17.00
斑点金免疫渗滤法	400	84	21.00
聚合酶链反应法	400	100	25.00

2.2 四种检测方法对淋病奈瑟球菌的符合度对比

培养鉴定法检测淋病奈瑟球菌阳性例数 87 例,其中直接涂片染色法检测为阴性 22 例(55.00%),斑点金免疫渗滤法检测为阴性 7 例(1.75%),聚合酶链反应法检测为阴性 2 例(5.00%)。另外,直接涂片染色法检测出阳性 3 例(0.75%)与斑点金免疫渗滤法检测出阳性 4 例(1.00%),在行培养鉴定法检测时为阴性,聚合酶链反应法检测出阳性 15 例(37.50%)而培养鉴定法检测为阴性。培养鉴定法与聚合酶链法在检测淋球菌方面存在一致性($K = 0.890, P < 0.05$),而培养鉴定法与直接涂片染色法及斑点金免疫渗滤法均不存在一致性($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 四种检测方法对淋病奈瑟球菌的符合度对比

检测方法		直接涂片染色法		斑点金免疫渗滤法		聚合酶连反应法	
		阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
培养鉴定法(<i>n</i> = 400)	阳性	65 (16.25)	22(55.00)	80(2.00)	7 (1.75)	85(85.00)	2(5.00)
	阴性	3(0.75)	310(77.50)	4(1.00)	309(77.25)	15(37.50)	298(74.50)
合计		68(17.00)	332(83.00)	84(21.00)	316(79.00)	100(25.00)	300(75.00)

3 讨论

目前临床上用于诊断淋病奈瑟球菌的方法种类较多,本次研究选取了其中四种检测方法包括直接涂片染色法、培养鉴定法、聚合酶链反应法及斑点金免疫渗滤法进行比较,由于临床上将培养鉴定法作为检测淋病奈瑟球菌的金标准,为此,我院将其作为对照组来比较其他三种检测方法在淋病奈瑟球菌诊断中的应用价值^[3]。

本次研究结果显示,采用直接涂片染色法在淋病奈瑟球菌检测中的阳性检出率最低,仅达 17.00%,该结果与以往的研究结果不一致^[4]。推测原因可对直接涂片染色剂结果造成的因素较多,包括标本取材是否得当、染色效果是否明显、患者在进行标本取材前是否服用过抗生素、检验人员是否按照严格规定

进行操作等^[5]。另外,研究结果显示,斑点免疫渗滤法的淋病奈瑟球菌的阳性检出率为 21.00%,培养鉴定法的淋病奈瑟球菌的阳性检出率为 21.75%,二者无显著差异,这与以往研究报道基本一致^[6]。而培养鉴定法仍作为目前一种用来诊断淋病奈瑟球菌最为可靠的手段,在标本取材上的要求较高,若患者在行标本取材之前服用抗生素类药物,则可对检测结果造成一定的影响,使其临床效果不佳^[7]。

由于淋病奈瑟球菌可极易受到温度的影响,这就需要医师在对标本进行采集时注意保暖,即时送检避免在外放置时间过长,尤其当外界环境气温过低时,应当引起重视,避免因标本在温度降低的环境下产生假阴性的情况,对检测结果造成影响^[8]。斑点金免疫渗滤法与培养鉴定法在淋病奈瑟球菌阳性

检出率所得结果基本一致,因此,临床上可将斑点金免疫渗滤作为早期诊断及治疗的可靠参考价值^[9]。本次研究中还显示了,行聚合酶链反应法进行检测时,可见其阳性检出率最高,高达 25.00%,这与以往研究结果基本一致^[10]。原因是此种检测方法不易受到外界因素的影响,但其同样受到所处环境温度及患者是否服用抗生素治疗的干扰,且检测所需费用较高^[11]。此外,据本次研究结果显示,由于四种检测方法的检测过程及原理各不相同,这就使得以上四种方法在检测淋病奈瑟球菌所得符合度也各不一致^[12]。

综上所述,直接涂片染色法引起具有快速操作简便、价格经济的优势在诊断淋病奈瑟球菌方面可起到重要的临床提示作用,而斑点金免疫渗滤法同样可作为诊断淋病奈瑟球菌的参考手段^[13]。但对于部分处于慢性期的患者或绝大多数的女性患者,选择培养鉴定法检测是必不可少的^[14]。聚合酶链反应法虽具有较高的灵敏度,且不易受到外界因素的影响,但其对设备要求较高,所花费用较多,无法适用于基层的医院中^[15,16]。因此,我们主张在临床工作中对微生物进行诊断时,建议选择两种以上的检测方法以保证阳性检出率,为临床合理治疗提供可靠依据。

参 考 文 献

- [1] 廖远泉,廖晖. 淋病奈瑟菌感染实验室检测技术的进展. 微生物与感染,2011,6(1):30-31.
- [2] 王建兰,祝永佳,祝慧华. 2007 年-2010 年淋球菌的检测及结果分析. 中国卫生检验杂志,2011,21(10):2534-2535.
- [3] 钱可琼. 临床实验室淋病奈瑟菌检测方法探讨. 临床合理用药杂志,2010,3(20):58-59.
- [4] 胡凯. 实时荧光定量 PCR 法在检测泌尿生殖道感染病原体中的应用. 中国现代医药杂志,2011,13(2):39-40.

- [5] 安邦权,孙兆林,凌晓午,等. 4 种方法检测男性尿道分泌物淋菌结果比较分析. 中华医院感染学杂志,2008,18(11):1645-1647.
- [6] Zohar Y, Mutnoz - Cueto JA, Elizur A, et al. Neurndocrinology of reproduction in teleost fish. Gen Comp Endocrinol,2010,165(03):438-455.
- [7] 毛源,王晶. 江苏地区男性与女性 NG、CT 及 UU 感染情况比较. 国际检验医学杂志,2012,33(19):2350-2351.
- [8] 胡耀华,胡四海. 淋病奈瑟菌检测技术研究进展. 中国热带医学,2009,9(11):2194-2195.
- [9] 干迪郁,朱立军,任利珍. 淋病奈瑟菌三种检测方法的评价. 放射免疫学杂志,2012,25(02):107-108.
- [10] Tabrizi SN, Chen S, Cohenford MA, et al. Evaluation of real time polymerase chain reaction assays for confirmation of Neisseria gonorrhoeae in clinical samples tested positive in the Roche Cobas AmpliCor assay. Sex Transm Infect, 2004,12(1):68-71.
- [11] Tabrizi SN, Chen S, Tapsall J, et al. Evaluation of opa - based real time PCR for detection of Neisseria gonorrhoeae. Sex Transm Dis, 2005,45(3):199-202.
- [12] Nazarenko I, Lowe B, Darfler M, et al. Multiplex quantitative PCR using self - quenched primers labeled with a single fluorophore. Nucleic Acids Res, 2002, 30(9):37-38.
- [13] 魏卓. 淋病奈瑟菌的细菌培养与 PCT 方法检测的结果对比. 吉林医学,2014,35(6):909-910.
- [14] 陈秀英. 应用细菌培养法与 PCR 检测法检测淋病奈瑟菌的对比研究. 求医问药,2012,10(5):236-237.
- [15] 吴玉霞. 淋病奈瑟菌的细菌培养与 PCR 方法检测的结果对比. 右江医学,2011,39(3):322-323.
- [16] 马萍,聂庆东,殷敏. 3 种方法检测淋病奈瑟菌的比较分析及意义. 中国医药科学,2012(9):126.

(收稿日期:2014-10-17)

• 性传播疾病 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.018

临床尖锐湿疣流行病学与复发的相关危险因素的研究

陈思华 杨健 杨文林

广州医科大学附属第二医院皮肤科,广州 510260

【摘要】目的:探究临床尖锐湿疣的流行病学特征和复发的相关危险因素的分析。**方法:**分析 2010 年 8 月至 2014 年 8 月我院皮肤性病科收治的尖锐湿疣患者 2094 例,采集患者基本信息进行临床尖锐湿疣流行病学研究,采用 Logistic 回归方法统计分析尖锐湿疣复发的相关危险因素,以 $P < 0.05$ 具有统计学差异。**结果:**流行病学研究发现 21~50 岁是临床尖锐湿疣的高发病年龄段,发病率为 88.40%;同年龄段中男性发病率高于女性;尖锐湿疣从 2010 年到 2014 年发病率呈上升趋势;2010 年至 2012 年间男性发病率高于女性,而 2013 年至 2014 年女性发病率高于男性。通过 Logistic 回归分析发现性别、年龄、病程、病灶位置、合并生殖器疱疹、合并尿道感染、HIV 阳性患者是尖锐湿疣复发的相关因素。**结论:**临床尖锐湿疣好发于 20~

【第一作者简介】陈思华(1977-),女,主治医师、硕士,主要从事皮肤科临床诊治与研究工作。

50 年龄段, 临床发病率呈上升趋势; 临床尖锐湿疣的复发与性别、年龄、病程、病灶位置、合并生殖器疱疹、合并尿道感染、HIV 阳性患者有关。

【关键词】 尖锐湿疣; 流行病学; 复发; 相关因素

Research on epidemiology and associated risk factors of recurrence in patients with condyloma acuminatum

CHEN Sihua, YANG Jian, YANG Wenlin. Department of Dermatology, The Second Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510260, China

【Abstract】 **Objectives:** To explore the epidemiology and the associated risk factors of recurrence in patients with condyloma acuminatum. **Methods:** 2094 patients with condyloma acuminatum, from August 2010 to August 2014, were surveyed. The basic information had been collected to do epidemiology research of condyloma acuminatum. The associated risk factors of recurrence were analyzed by logistic regression method. **Results:** Patients from 21 to 50 years old were the high morbidity of condyloma acuminatum and the morbidity was 88.40%. The morbidity of male was higher than that of the female in the same age group. The morbidity presented increase trend from 2010 to 2014, while the morbidity of the male was higher than that of the female from 2010 to 2012 and the morbidity of the female was higher than that of the male from 2012 to 2014. The sex, age, course of disease, lesion location, combined herpes progenitalis, combined urinary tract infection, positive HIV test were the associated risk factors of recurrence in patients with condyloma acuminatum. **Conclusions:** The high morbidity of condyloma acuminatum is from 20 to 50 years old and the increase trend of morbidity is the epidemiology. The sex, age, course of disease, lesion location, combined herpes progenitalis, combined urinary tract infection, positive HIV test are the associated risk factors of recurrence in patients with condyloma acuminatum.

【Key words】 Condyloma acuminatum; Epidemiology; Recurrence; Associated risk factors

【中图分类号】 R 752.5+3

【文献标志码】 A

尖锐湿疣(condyloma acuminatum, CA)是临床常见的人乳头瘤病毒(human papilloma virus, HPV)感染引起的性传播疾病,好发于会阴、外生殖器和肛门等部位,在性传播疾病中尖锐湿疣临床发病率仅低于淋病^[1-3]。临床研究发现,尖锐湿疣的传染性强,且治疗后复发率较高^[4]。尖锐湿疣不但可以通过性进行传播,也可以进行母婴传播^[5]。尖锐湿疣与不孕不育、宫颈癌、阴道癌、直肠癌等多种疾病相关,严重影响患者及其家庭的健康^[6-8]。本文以我院皮肤性病科门诊收治的 2094 例尖锐湿疣患者为研究对象,探究临床尖锐湿疣的流行病学特征及尖锐湿疣复发相关危险因素,为临床尖锐湿疣的防治提供理论参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

分析 2010 年 8 月至 2014 年 8 月我院皮肤性病科收治的尖锐湿疣患者共 2094 例,其中男性患者 1179 例,女性患者 915 例;年龄分布在 11~74 岁;病程为 2d~10 个月。所有患者经临床确诊为尖锐湿疣:发病近期有非婚性接触史、或配偶有感染病史;皮损病灶集中在生殖器及肛门周围皮肤黏膜湿润处;疣体质软且顶端尖锐,多表现为菜花状、乳头状、蕈状或鸡冠状;醋酸白试验检测为阳性。排除标准:阴茎珍珠状丘疹患者,扁平湿疣患者,鲍温样丘疹等疾病患者。

1.2 方法

对所有患者进行基本信息采集:询问患者年龄、病史、文化程度、记录患者发病位置及复发情况等。采用电灼炭化或光动力疗法清除疣体;肌肉注射斯奇康 0.7mg/次,隔日 1 次,共给药 18 次,或肌注干扰素 100 万 IU/次/周,共注射 5 次。患者治疗后 6 个月内在原病灶处或病灶附近出现皮损且醋酸白试验检测为阳性即诊断为尖锐湿疣复发,对复发患者进行相关危险因素

Logistic 回归分析。

1.3 数据分析

临床统计数据采用 SPSS18.0 软件进行分析,各因素采用例数或百分比表示,计数结果以[n(%)]形式表达,相关因素和尖锐湿疣复发的相关性进行 Logistic 回归分析, $P < 0.05$ 具有统计学差异。

2 结果

2.1 尖锐湿疣患者的一般情况

2094 例尖锐湿疣患者中男性患者 1179 例,女性患者 915 例;年龄分布在 11~80 岁;11~20 岁患者 36 例,21~30 岁患者 869 例,31~40 岁患者 673 例,41~50 岁患者 309 例,51~60 岁患者 105 例,61~70 岁患者 80 例,71 岁~80 岁患者 22 例;患者病程为 2d~10 个月, ≥ 3 个月者 1443 例, < 3 个月者 229 例;未婚患者 576 例,已婚患者 1518 例;病灶位于外生殖器患者 1811 例,位于宫颈、尿道、肛门及其周围患者 283 例;合并梅毒患者 31 例,生殖器疱疹患者 48 例,合并尿道感染患者 87 例,HIV 阳性患者 12 例,痔疮患者 161 例,男性阴茎包皮过长患者 205 例,女性外阴湿疹患者 21 例;在 2010 年 8 月至 2011 年 8 月发病患者 417 例,2011 年 8 月至 2012 年 8 月发病患者 502 例,2012 年 8 月至 2013 年 8 月发病患者 564 例,2013 年 8 月至 2014 年 8 月发病患者 611 例。

2.2 临床尖锐湿疣复发相关因素 Logistic 回归分析

2094 例尖锐湿疣患者治疗后 6 个月内复发 976 例,复发率 46.61%。临床尖锐湿疣复发各因素 χ^2 分析结果如表 1 所示。取 χ^2 分析 $P < 0.05$ 因素进行 Logistic 回归分析,结果见表 2。男性、年龄大于 50 岁、病程大于 3 个月、病灶位于宫颈和肛管内等、合并生殖器疱疹、合并尿道感染、HIV 阳性患者是尖锐湿疣复发的相关危险因素。

表 1 临床尖锐湿疣患者复发情况

因素	复发	χ^2	P
性别	男 658 (55.81)	91.775	0.000
	女 318 (34.75)		
年龄	≤50 岁 849 (44.99)	17.909	0.000
	>50 岁 127 (61.35)		
病程	<3 个月 229 (35.18)	49.610	0.000
	≥3 个月 747 (51.77)		
婚姻状态	未婚 265 (46.01)	0.116	0.733
	已婚 711 (46.84)		
病灶	外生殖器 784 (43.29)	59.296	0.000
	尿道、宫颈、肛管等 192 (67.84)		
梅毒	有 16 (51.61)	0.318	0.573
	无 960 (46.53)		
生殖器疱疹	有 30 (62.50)	4.987	0.026
	无 946 (46.24)		
尿道感染	有 53 (60.92)	7.470	0.006
	无 923 (45.99)		
HIV 感染	有 10 (83.33)	6.541	0.011
	无 966 (46.40)		
痔疮	有 73 (45.34)	0.113	0.736
	无 903 (46.71)		
包皮过长	有 96 (46.83)	0.452	0.501
	无 562 (57.70)		
外阴湿疹	有 10 (47.62)	0.009	0.926
	无 308 (34.45)		

表 2 临床尖锐湿疣复发相关因素 Logistic 回归分析

因素	B	SE	Wald	df	Sig	OR
男性	8.689	0.907	91.775	1	0.000	2.477
年龄 > 50 岁	6.424	1.518	17.909	1	0.000	4.563
病程 ≥ 3 个月	12.981	1.843	49.610	1	0.000	6.315
非外生殖器病灶	19.043	2.473	59.296	1	0.000	11.858
生殖器疱疹	1.619	0.725	4.987	1	0.026	2.065
尿道感染	-3.739	1.368	7.470	1	0.006	3.927
HIV 阳性	9.532	3.057	9.722	1	0.002	21.264

3 讨论

尖锐湿疣是临床常见的以性传播为主的传染性疾病,它是由于患者感染双链环状 DNA 病毒——人类乳头瘤病毒引起^[9]。尖锐湿疣可以通过性行为、间接接触以及母婴等方式进行传播^[10]。大量临床研究发现,HPV 病毒的亚型约 100 多种,依照是否致癌可分为高危型和低危型;高危型病毒如 HPV16 亚型和 HPV18 亚型等与黏膜或皮肤恶性肿瘤疾病密切相关,如阴

道癌、宫颈癌、阴茎癌等;而低危型病毒如 HPV6 和 HPV11 等会引发患者生殖器和肛门周围尖锐湿疣等良性病变^[11,12]。由于 HPV 感染后存在一定潜伏期且传染能力较强,而且有症状的尖锐湿疣患者仅是 HPV 感染患者中的一部分,HPV 类疾病对患者及其家人健康造成极大威胁^[13,14]。临床大量研究发现尖锐湿疣在性伴侣中感染率为 50% ~ 60%,感染 3 个月左右的患者传染能力最强,而且尖锐湿疣复发率较高可达到 30% ~ 60%,因此尖锐湿疣患者尽早救治对于降低 HPV 传染具有重要意义。本文中我们通过对 2094 例尖锐湿疣患者进行临床流行病学研究发现:20 岁至 50 岁是临床尖锐湿疣的高发病年龄段,发病率为 88.40%,此年龄段为性活跃群体;男性发病率高于女性,约为女性发病率 1.3 倍;通过对病例进行统计分析发现 2010 年至 2014 年尖锐湿疣临床发病率呈上升趋势,2010 年至 2012 年间男性发病率高于女性,而 2013 年至 2014 年女性发病率高于男性,可能与女性癌症宫颈癌、阴道癌的临床发病率升高而引起女性患者更多关注并积极就诊有关。流行病学研究提示:应加大对尖锐湿疣患者及高危人群如青少年、同性恋者等的性健康教育,倡导合理健康的性行为;让人们正确认识尖锐湿疣,一旦发病尽早救治。通过对 976 例尖锐湿疣复发患者进行单因素 Logistic 回归分析,我们发现患者为男性、年龄大于 50 岁、病程大于 3 个月、病灶位于宫颈和肛管内等、合并生殖器疱疹、合并尿道感染、HIV 阳性患者是尖锐湿疣复发的相关危险因素。有临床研究报道 50 岁以上患者、合并其它感染患者、HIV 阳性患者会因机体免疫力下降导致 HPV 病毒清除不彻底造成尖锐湿疣易复发^[15];病程长、病灶位置特殊导致尖锐湿疣疾病快速发展且带来疣体清除困难、清除不彻底等问题,造成尖锐湿疣复发。

综上,我们初步探究了尖锐湿疣流行病学特征和尖锐湿疣复发的相关危险因素,以期通过健康教育等途径降低尖锐湿疣的发病率,并对患者尖锐湿疣复发做出预判,降低临床尖锐湿疣复发率。本研究为临床尖锐湿疣的防治提供了理论参考。

参 考 文 献

- [1] Maniar KP, Ronnett BM, Vang R, et al. Coexisting high - grade vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) and condyloma acuminatum - independent lesions due to different HPV types occurring in immunocompromised patients. The American Journal of Surgical Pathology, 2013, 37(1): 53.
- [2] 张云凤,王秀丽,王宏伟. 5 - 氨基酮戊酸光动力疗法治疗尖锐湿疣的进展. 中国皮肤性病杂志, 2013, 27(1): 78 - 80.
- [3] 曹嘉力,何焱玲,张秀英. 尖锐湿疣患者 HPV 感染与细胞免疫功能的相关性. 中国皮肤性病杂志, 2012, 26(5): 383 - 385.
- [4] 华鹏,林召,杨秀莲,等. 胸腺五肽联合干扰素治疗复发性尖锐湿疣疗效分析及对 T 细胞亚群影响的研究. 中国性科学, 2014, 23(8): 42 - 44.
- [5] 李力. 人乳头瘤病毒感染对妊娠的影响及处理. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26(4): 243 - 245.
- [6] Juan HC, Sheen MC, Huang TY, et al. Giant condyloma acuminatum of penis with cancer transformation. Formosan Journal of Surgery, 2011, 44(6): 237 - 240.
- [7] 苏士海,陈晓晴,余坚. 人乳头状瘤病毒多重感染不同类型与宫颈病变程度的关系. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(23): 5292

-5294.

[8] 吴海静, 张国楠. HPV 感染相关的妇科疾病. 实用妇产科杂志, 2010, 26(3):170-172.

[9] 吴国琼. 尖锐湿疣的治疗进展. 临床合理用药杂志, 2010, 3(10):139-141.

[10] 陈芝翠. 外阴巨大尖锐湿疣手术切除 2 例护理体会. 临床合理用药杂志, 2011, 4(18):161-141.

[11] 赵敏, 张万宏, 董汉生, 等. 尖锐湿疣复发危险因素分析. 中国皮肤性病杂志, 2010, 24(4):337-339.

[12] Wang Y, Li X, Song S, et al. Development of basal-like HaCaT Keratinocytes containing the genome of human papillomavirus (HPV) type 11 for screening of anti-HPV effects. J Biomol Screen, 2014, 19(8):1154-1163.

[13] 孙月, 胡秀伟, 王民, 等. 尖锐湿疣反复发作的危险因素探索. 中国性科学, 2014, 23(6):64-66.

[14] 张东兴, 刘诗, 刘雄, 等. 影响尖锐湿疣复发的危险因素分析及干预对策. 中国性科学, 2013, 22(4):41-44.

[15] 车雅敏, 柯吴坚. 尖锐湿疣复发相关因素的探讨. 中国性科学, 2010, 19(12):19-21.

(收稿日期:2014-10-29)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.019

自拟中药祛疣方外洗治疗妊娠期尖锐湿疣的临床研究

柴连梅¹ 马连军² 杜锋¹

1 寿光市妇幼保健院产科, 山东 潍坊 262700

2 潍坊市中医医院中医妇科, 山东 潍坊 261000

【摘要】 目的:探讨采用中药外洗配合激光治疗妊娠期尖锐湿疣的临床疗效。**方法:**将 58 例妊娠期尖锐湿疣患者按随机数字表法分为治疗组 30 例和对照组 28 例, 治疗组采用 CO₂ 激光祛除瘤体后, 再用自拟中药方熏洗; 对照组单纯采用 CO₂ 激光治疗。**结果:**治疗组有效率为 90%, 对照组有效率为 75%, 两组有效率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者复发率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者妊娠结局及围产儿结局情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:**中药外洗配合激光治疗妊娠期尖锐湿疣疗效好, 对孕妇及胎儿安全, 不良反应少, 值得在临床应用。

【关键词】 妊娠期尖锐湿疣; 祛疣方中药外洗; 激光治疗

Clinical research on traditional Chinese medicine of Quyoufang washout therapy on condyloma acuminatum in gestational period CHAI Lianmei¹, MA Lianjun², DU Feng¹. 1. Department of Gynecology, Shouguang Maternal and Child Care Service Centre, Weifang 262700, China; 2. Department of Obstetrics, Traditional Chinese Medicine Hospital of Weifang, Weifang 261041, China

【Abstract】 Objectives: To study the curative effect of traditional Chinese medicine washout combined with laser therapy on condyloma acuminatum in gestational period. **Methods:** 58 cases of condyloma acuminatum were divided into treatment group ($n = 30$) and control group ($n = 28$) according to random digits table. The treatment group was given traditional Chinese medicine washout after CO₂ laser treatment. The control group was only given CO₂ laser treatment. **Results:** The effective rate was 90% in treatment group and 75% in control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). The differences in pregnancy outcome and perinatal infants situation between the two group wasn't statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusions:** Traditional Chinese medicine washout combined with laser therapy for condyloma acuminatum in gestational period has curative effect with fewer adverse reaction, which is worthy of clinical application.

【Key words】 Condyloma acuminatum in gestational period; Traditional Chinese medicine Quyoufang washout; Laser treatment

【中图分类号】 R 752.5 + 3 **【文献标志码】** A

尖锐湿疣(condyloma acuminatum, CA)是一种较常见的性传播疾病, 主要是由人乳头瘤病毒(HPV)感染引起的。尖锐湿疣患者如果妊娠, 将会影响孕妇及胎儿的健康, 故应及时治

【第一作者简介】 柴连梅(1971-), 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床研究工作。

疗。我院自 2011 年开始采用自拟中药方熏洗配合 CO₂ 激光治疗妊娠期尖锐湿疣孕妇, 疗效显著, 对孕妇正常妊娠的进展及胎儿生长发育无不良影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

58 例孕妇均来自寿光市妇幼保健院门诊患者, 确诊为尖锐湿疣, 14~34 周妊娠并要求继续妊娠且同意用自拟中药方熏洗配合激光治疗者。治疗组: 年龄 20~40 岁, 平均 28.3 岁; 孕周为 14~34 周, 平均 20.5 周; 病程 2~10 周, 平均 6.5 周, 每个患者存在 1 个或多个病灶, 病灶最大约 3 cm×4 cm×4 cm。对照组: 年龄 20~39 岁, 平均 28.7 岁; 孕周为 14~34 周, 平均 21.8 周; 病程 2.5~10 周, 平均 7.5 周, 每个患者存在 1 个或多个病灶, 病灶最大约 2 cm×3 cm×4 cm。两组在年龄、病程、孕周、疣体大小等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

所有患者膀胱截石位, 常规消毒病变部位, 采用广州市激光技术研究所生产 Model901C 型, 波长 10.6 μm, 输出功率 0~30W 连续可调, 0.75% 盐酸布比卡因局部浸润麻醉。将聚焦光束对准疣体进行凝固、炭化和切割, 强度随疣体变小而变浅至疣体完全消除。在激光治疗创面结痂后, 治疗组用自拟中药方熏洗后纱布湿热敷外阴。对照组单纯予以 CO₂ 激光治疗。注意外阴卫生, 如有复发可予同样方法治疗。

治疗组具体方药组成: 蒲公英、萝卜茎叶(野生)、大青叶各 30g, 黄芩、黄柏、土茯苓各 15g, 艾叶、苍耳草各 10g, 白矾 3g。

临证加减分泌物多而腥臭, 阴部瘙痒者为湿热过盛, 加苍术 15g, 苦参 10g; 阴部瘙痒甚者加白鲜皮、地肤子、蛇床子各 15g。药物煎好后趁热先熏蒸局部 10min, 待温度降至皮肤黏膜能耐受时, 趁热熏洗患处 10min, 之后用药液浸湿纱布湿热敷于外阴及肛周 30min。每天 1 剂, 早晚各 1 次。10d 为 1 个疗程。

1.3 疗效判定标准

治疗 14d 后复查, 评定疗效, 以后每半月复查 1 次, 同时定期正常产前检查, 了解孕妇及胎儿情况, 随访至产后 6 个月。治愈: 疣体全部脱落, 皮肤黏膜基本恢复正常, 且随访期间没有复发。有效: 疣体脱落或减小达 50% 或以上, 或随访观察期间有复发者。无效: 疣体大小或数目没有明显改变或者较前加重。复发: 有新的疣体生长。

有效率 = (治愈 + 有效) / n × 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件进行分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 T 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

见表 1。

表 1 两组妊娠期尖锐湿疣患者疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	复发	有效率(%)	复发率(%)
对照组	28	14	7	7	11	75	39.29
治疗组	30	20	7	3	1	90*	3.33*

注: 与对照组比较, * $P<0.05$

2.2 两组患者妊娠结局及围产儿结局情况比较

两组患者妊娠结局及新生儿情况比较无显著差异。见表 2。

表 2 两组妊娠期尖锐湿疣患者妊娠结局及围产儿结局情况比较

组别	胎膜早破	早产	胎儿宫内感染	新生儿窒息	新生儿死亡	剖宫产
对照组	5	6	1	5	1	21
治疗组	6	6	0	4	0	18

3 讨论

人乳头瘤病毒(HPV)是一种嗜黏膜和皮肤上皮性病毒, 在人和动物中分布广泛, 有高度特异性。目前, 已被鉴定出的 HPV 血清型有 100 余种。在临床上, 根据 HPV 亚型致病力大小或致癌危险性大小不同可将 HPV 分为低危型和高危型两大类。尖锐湿疣的发生与人体的免疫状态有密切关系, HPV 感染与雌激素水平有关^[2]。全世界 5.5% 的现患癌症与 HPV 有关^[3]。妊娠期体内的激素水平有所变化, 导致阴道分泌物增多, 生殖器官充血水肿, 再加上局部潮湿等因素, 为病毒的繁殖及疣体的生长提供了条件。因此, 如果妊娠期感染了 HPV, 极易导致疣体迅速增长, 不但数目多, 而且体积大, 分布广, 易出血, 伴感染, 容易复发, 往往会给治疗带来困难。

中医古籍中无尖锐湿疣的专用病名, 但根据其临床表现可属中医“臊瘕”、“瘙瘕”、“枯筋箭”、“千日疮”、“瘙疣”等范畴, 中医古籍对疣最早的记载可见于《五十二病方》。《灵枢·经脉篇》称“疣目”, 亦可称为“枯筋箭”。《诸病源候论》称此病谓“湿涡疮”。瘕为疣之小者, “千日疮”之别称, 又因尖锐湿疣多生长在二阴处, 其味腥臭, 在一些方书中称为“臊瘕”或“瘙瘕”。中医认为, 尖锐湿疣的发病机理主要是由于性交不洁, 感染毒邪, 导致外阴秽淫, 而肝经绕循于阴器, 故湿毒之邪淤阻肝经, 蕴于前后二阴皮肤黏膜处, 此时如果机体气血失和, 或肝经湿热之邪循经下注, 亦或是过食辛甘厚味以致湿热内结下注, 湿毒与热毒相互搏结, 浸渍二阴皮肤发而为疣, 湿毒热毒搏结于阴肤, 胶痼难除, 以致病情反复, 缠绵难愈。由于湿毒为阴邪, 其性粘滞, 缠绵难去, 容易耗损正气。正虚邪恋, 以致尖锐湿疣容易复发, 难以根治。依据中医理论, 尖锐湿疣主要是由于湿热毒蕴引起。中医不但认识到尖锐湿疣的传染性, 而且特别认识到尖锐湿疣的发病与患者的体质及各种内因和外因相互作用有关。自拟祛疣方中大青叶、蒲公英具有清热解毒、消肿散结的功效; 黄柏、黄芩、白鲜皮、土茯苓、苍耳草能清热、解毒、燥湿; 艾叶则温经除湿; 萝卜茎叶(野生)、白矾杀虫止痒, 诸药合用共奏清热解毒、燥湿止痒、杀虫去疣的功效。

大青叶是十字花科植物菘蓝干燥叶, 性味苦寒, 归心、胃经, 具有清热解毒、凉血消斑的作用^[4]。现代药理学研究也证实大青叶^[5]、黄芩^[6]、艾叶^[7]、蒲公英^[8]、萝卜茎叶(野生)^[9]具有抗病原微生物的作用。大青叶还具有提高机体免疫力的作用^[10]。土茯苓具有抗炎、镇痛、抗菌、抑菌的作用^[11]。苍耳草对金黄色葡萄球菌、乙型链球菌、肺炎链球菌有一定抑制作用, 并有抗真菌作用^[12]。白矾对大肠杆菌、痢疾杆菌、白色葡萄球菌、金黄色葡萄球菌、变形杆菌、炭疽杆菌、甲副伤寒沙门氏菌、伤寒杆菌均有明显的抑菌作用^[13]; 另有报道, 白矾有抗阴道滴虫作用^[14]; 复方明矾散对多种常见病原菌有一定的抑菌作用,

对念珠菌有很强的抑菌作用,特别适合于女性外阴阴道念珠菌病的治疗^[15]。以上述药物为主组成的外用方,能清洁局部,抗菌消炎,抑制病毒繁殖和抗肿瘤,抑制疣体增生,因而能有效破坏及去除疣体、修复局部皮损和避免尖锐湿疣的反复发作。

本研究组方中药煎液熏洗并湿热外敷患处,药物与皮肤直接接触,直达病所,能够干扰破坏 HPV 病毒繁殖,同时对局部血液循环有明显改善,加速组织修复,促使创面快速愈合,标本兼治,可以提高治愈率,降低复发率,且对孕妇及新生儿无明显影响。

参 考 文 献

[1] 赵辨. 临床皮肤病学. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 536 - 537.
[2] 邓仰福. 性激素在女性尖锐湿疣发病机制中的作用. 中国误诊学杂志, 2003, 3(7): 974.
[3] Schottenfeld D, Beebebe - dimmer JL. Advances in cancer epidemiology: understanding causal mechanisms and the evidence for implementing intervention. Annu Rev Public Health, 2005(26): 37 - 60.
[4] 国家药典委员会, 中华人民共和国药典(一部)。北京: 化学工业出版社, 2005: 253.
[5] 李微, 陈发奎, 尹相武, 等. 大青叶的化学成分. 沈阳药科大学学

报. 2005(1): 15 - 17.
[6] 云宝仪, 周磊, 谢鲲鹏, 等. 黄芩素抑菌活性及其机制的初步研究. 药理学报. 2012(12): 1587 - 1592.
[7] 韩轶, 戴璨, 汤璐瑛. 艾叶挥发油抗病毒作用的初步研究. 氨基酸和生物资源. 2005(2): 14 - 16.
[8] 吕俊华, 邱世翠, 张连同, 等. 蒲公英体外抑菌作用研究. 时珍国医国药. 2002(4): 215 - 216.
[9] 刘嘉宝, 范国栋, 冯武. 白萝卜的营养保健功用. 中国食物与营养. 2002(2): 45 - 46.
[10] 郑雪花. 大青叶的化学成分与药理作用. 怀化学院学报(自然科学). 2007(2): 55 - 57.
[11] 陈红梅, 秀兰, 吴占全. 土茯苓的化学与药理研究进展. 中国民族医药杂志. 2008, 11(11): 71 - 73.
[12] 田代华. 实用中药辞典. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 78.
[13] 乌恩, 杨丽敏, 白文明. 白矾及其炮制品枯矾体外抑菌作用研究. 内蒙古医学院学报, 2007, 29(4): 259 - 260.
[14] 侯士良. 中药八百种详解. 郑州: 河南科学技术出版社, 1999: 1053.
[15] 朱家馨, 麦海燕, 黄静, 等. 复方明矾散对妇科阴道炎病原菌的抑菌作用研究. 中国微生态学杂志, 2005, 17(4): 272 - 273.

(收稿日期: 2014 - 12 - 11)

· 性传播疾病 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.020

阴茎尖锐湿疣治疗后发生红斑增生病 1 例及文献回顾

尚进^{1,4} 连希军² 徐晗³ 朱荣欣⁴ 丁前列⁴ 李宏彬⁴ 程琦^{4△}

- 1 解放军第 201 医院干部病房, 辽宁 辽阳 111000
2 解放军第 65559 部队战勤科, 辽宁 本溪 111000
3 解放军第 77133 部队卫生队, 重庆 400030
4 解放军 65555 部队卫生队, 辽宁 海城 114200

【摘 要】 目的: 报告 1 例阴茎尖锐湿疣治疗后发生红斑增生病, 同时复习文献, 回顾本病的病因、诊断及治疗。方法: 报告该患者的病历特点。患者男, 44 岁, 龟头、冠状沟起红斑伴疼痛 3 年余。组织病理示黏膜上皮增生肥厚及异形细胞增生。查阅既往关于红斑增生病的文献, 总结本病的病因及诊疗特点。结果: 根据皮损表现及组织病理学检查最后诊断为红斑增生病。行阴茎部分切除术治疗, 目前在随访中。结论: 红斑增生病属癌前病变, 早期诊断和积极治疗具有重要的意义。

【关键词】 阴茎; 尖锐湿疣; 红斑增生病

Erythroplasia of queyrat following treatment of condyloma acuminatum on penis: a case report and literature review SHANG Jin^{1,4}, LIAN Xijun², XU Han³, ZHU Rongxin⁴, DING Qianlie⁴, LI Hongbin⁴, CHENG Qi^{4△}. 1. Department of the Cadre Ward, 201 Hospital of Chinese People's Liberation Army, Liaoyang 111000, China; 2. Suppression Operation Division, 65559 Troops of Chinese People's Liberation Army, Benxi 117000, China; 3. Ambulance Corps, 77133 Troops of Chinese People's Liberation Army, Chongqing 400030, China; 4. Ambulance Corps, 65555 Troops of Chinese People's Liberation Army, Haicheng 114200, China

【Abstract】 Objectives: To report a case of erythroplasia of queyrat (EQ) following treatment of condyloma acu-

【第一作者简介】 尚进 (1978 -), 男, 主治医师、硕士, 主要从事军队常见皮肤病、性病防治相关研究。

△【通讯作者】 程琦 (1990 -), E-mail: 156316244@qq.com

minatum on penis, and to analyze its etiology, diagnosis and treatment by review of relevant literature. **Methods:** The data of a 44-year-old male EQ patient following treatment of condyloma acuminatum on penis was reported. The patient presented with a pain erythema on the glans and corona of his penis for more than 3 years. Histopathology showed epithelium mucosae hyperplasia with hyperplastic heterocyst. Literature regarding EQ was reviewed with a summary of etiology, diagnosis and treatment. **Results:** The final diagnosis of EQ was made based on clinical manifestation and dermatopathology. The patient was treated with partial penectomy and followed up. **Conclusions:** Being a kind of precancerous lesion, EQ should be administered with early diagnosis and positive treatment.

【Key words】 Penis; Condyloma acuminatum; Erythroplasia of queyrat (EQ)

【中图分类号】 R752.5+3

【文献标志码】 A

红斑增生病(erythroplasia of queyrat, EQ)是一种发生于黏膜上皮的癌前病变或原位癌,好发于未经环切术的包皮过长者,目前多认为人类乳头瘤病毒(HPV)感染、局部卫生状况差或慢性炎症刺激可能为其致病因素^[1,2]。笔者诊治1例阴茎尖锐湿疣后发生红斑增生病患者,现报告如下。

1 临床资料

患者,男,44岁,因龟头、冠状沟起红斑伴疼痛3年来我院就诊。约4年前于不洁性交后发现龟头及冠状沟处出现散在粟粒至米粒大赘生物,无明显不适症状,至当地医院就诊,诊断为“尖锐湿疣、包皮过长”,行包皮环切术及液氮冷冻后治愈。约7个月后,在龟头原有“尖锐湿疣”治疗处起一绿豆大淡红斑,自觉轻微疼痛,未治疗,皮疹一直无明显变化;近半年来发现红斑面积渐增宽、隆起,延及包皮内板,局部疼痛加剧。既往体健,否认局部外伤史,家族成员中无类似疾病患者。体格检查:一般情况好,浅表淋巴结未扪及肿大,心、肺、腹等系统检查未发现明显异常。皮肤科情况:龟头可见一约1.2cm×1.4cm的鲜红斑,呈不规则形,界清,稍隆起,表面潮湿略呈天鹅绒样,邻近包皮内板也有类似皮损(图1),触痛明显;双侧阴囊微肿无触痛。辅助检查:血、尿、便常规、肝肾功均大致正常;梅毒螺旋体、衣原体、支原体、抗人免疫缺陷病毒(HIV)抗体检测均为阴性。阴囊彩超未见异常。切取龟头处部分红斑行组织病理学检查,示黏膜上皮增生肥厚,可见核大、深染的异形细胞增生,细胞排列紊乱,间有散在空泡细胞。真皮浅层可见以淋巴细胞和浆细胞为主的炎性细胞浸润(图2)。诊断:红斑增生病。治疗:转泌尿外科行阴茎部分切除术,术后切口正常愈合拆线,现随访中。



图1

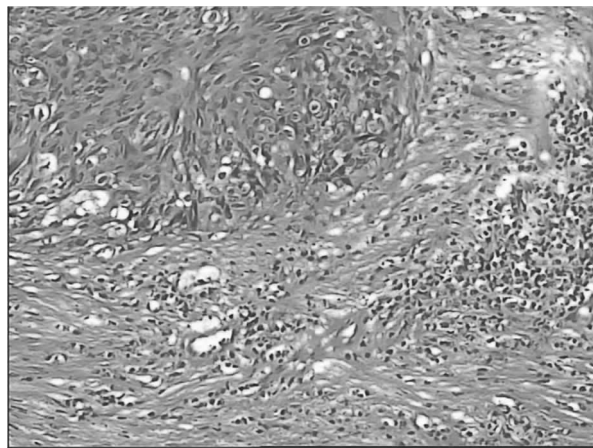


图2

2 讨论

红斑增生病又名增殖性红斑,是一种发生于黏膜上皮的癌前病变或原位癌。有关其确切的病因目前尚不清楚,Mitsuishi等^[3]曾在少数红斑增生病患者皮损中检测出人乳头瘤病毒(HPV)的DNA,随后Wieland等^[4]分析8例红斑增生病患者的皮损均发现HPV-8阳性,其中7例同时显示HPV-16阳性,4例显示HPV-39或HPV-51阳性。Nasca^[5]也有类似的发现。基于上述研究,认为EQ的发病可能与HPV感染有关,但仍然缺乏直接的实验依据。此外,红斑增生病主要发生于未经环切术的包皮过长者,提示局部卫生状况差或慢性炎症刺激可能为其致病因素,既往有包皮过长伴浆细胞性包皮龟头炎的基础上发生红斑增生病的报道^[6,7],也有患淋病、非淋菌性尿道炎等性传播疾病后出现红斑增生病的报道^[8]。分析本例患者,因长期存在包皮过长,局部卫生状况欠佳,不排除曾反复罹患龟头炎的可能性,而龟头冠状沟处发生尖锐湿疣后又给予液氮冷冻治疗,进一步加重了局部的炎症刺激,因此,考虑其患病可能与包皮龟头炎性刺激及HPV感染等多因素相关。

红斑增生病多发生于龟头、尿道口、冠状沟、包皮部位,通常表现为单个、境界清楚、表面发亮而稍隆起的红斑,或呈天鹅绒样的斑块,如出现浸润、糜烂、破溃或乳头瘤状损害时,则提示可能伴有侵袭性鳞癌的变化。组织病理学检查可见黏膜上皮呈明显增生肥厚,正常黏膜上皮被增生的异形上皮细胞所代替,黏膜下有带状炎性细胞浸润,以浆细胞及淋巴样细胞为主。本例患者具有典型的龟头、冠状沟处的皮疹表现,组织病理符合红斑增生病的病理特点,故可明确诊断。红斑增生病应与以

下疾病鉴别:(1)浆细胞性包皮龟头炎:皮损表现为包皮、龟头部位的红斑或斑块,病理上也可见黏膜上皮增生肥厚,但无异形细胞,真皮浸润中纯粹为浆细胞成分;(2)Bowen 病:组织学上也表现为表皮内的异形细胞增生,但可见到多核上皮巨细胞和个别细胞的角化不良现象,后者可与红斑增生性病相鉴别;(3)发生于阴茎部位的固定性药疹、银屑病、扁平苔藓及多形红斑等,临床表现有时与红斑增生性病易混淆,但在病理上均有不同特点^[9]。

红斑增生病病程缓慢,可多年无变化,也可发展为恶性肿瘤,属癌前病变,既往有阴茎增殖性红斑逐渐发展为鳞状细胞癌的报道^[10,11],但本病极少发生转移,目前仅 Kim 等^[12]报道 1 例阴茎原位癌伴腹股沟及骨盆淋巴结转移。因本病易复发。且有发展为侵袭性肿瘤的趋势,故早期诊断和积极治疗具有重要的意义。传统的治疗方法以手术切除为主,切除范围包括病灶及其周围 5mm 的正常组织,同时应达到足够深度,必要时可行阴茎部分切除。随着患者对个人生活质量要求的提高,手术治疗因其有创性而越来越不被患者所接受。非手术疗法包括液氮冷冻、电灼、激光、放射治疗或外用 1%~5% 5-氟脲嘧啶溶液等^[13],但疗效欠佳,病灶易复发,多种物理治疗联合运用可提高疗效,宋翔等^[14]采用 CO₂激光联合浅层 X 线照射成功治愈 1 例鲍温样丘疹病合并增殖性红斑,一方面达到完全清除病灶、创面无疤愈合的效果,另一方面可保留阴茎从而提高生活质量。近年来 5-氨基酮戊酸结合光动力疗法(aminolevulinic acid photodynamic therapy, ALA-PDT)成为该治疗领域的新手段,国内外均对其疗效进行了不同范围的比较或观察,发现红斑增生病经过平均 5~7 次的光动力治疗后,部分病例的皮疹可达到完全缓解,复发率低,其疗效明显优于既往的物理治疗方法^[15-17]。因此认为光动力治疗的临床疗效确定,患者无明显痛苦,治疗依从性较好,是目前值得推广的安全有效的治疗方法。本例患者就诊时一般情况较好,病灶局限于龟头及冠状沟,查体及辅助检查均未发现局部淋巴结转移或远处转移,具有明确的手术指征,患者选择阴茎部分切除以期彻底去除病灶,后续应坚持长期随访。

(致谢:本文撰写过程中得到了成都军区昆明总医院皮肤科杨玲博士的倾力帮助,在此表示感谢!)

参 考 文 献

[1] 方全,许长坤,李鸿国. Queyrat 增殖性红斑 1 例. 临床军医杂志, 2012, 40(2): 306.

- [2] 赵美辉, 孙先伟, 刘春雨. 阴茎包皮过长伴发红斑增生性病 1 例. 皮肤病与性病杂志, 2015, 37(1): 加 2.
- [3] Mitsuishi T, Sata T, Iwasaki T, et al. The detection of human papillomavirus 16 DNA in erythroplasia of Queyrat invading the urethra. Br J Dermatol. 1998, 138(1): 188-189.
- [4] Wieland U, Jurk S, Weissenborn S, et al. Erythroplasia of Queyrat: coinfection with cutaneous carcinogenic human papillomavirus type 8 and genital papillomaviruses in a carcinoma in situ. J Invest Dermatol, 200(115): 396-401.
- [5] Nasca MR, Potenza MC, Alessi L, et al. Absence of PCR detectable human papilloma virus in erythroplasia of Queyrat using a comparative control group. Sex Transm Infect, 2011, 86(3): 199-201.
- [6] Starritt E, Lee S. Erythroplasia of Queyrat of the glans penis on a background of Zoon's plasma cell balanitis. Australas J Dermatol. 2008, 49(2): 103-105.
- [7] Davis-Daneshfar A, Trüeb RM. Bowen's disease of the glans penis (erythroplasia of Queyrat) in plasma cell balanitis. Cutis, 2000, 65(6): 395-398.
- [8] 金贵和, 杨春光, 王艳宁, 等. 性病后 Queyrat 增殖性红斑一例. 中华皮肤科杂志, 2002, 35(3): 208.
- [9] 赵辨. 临床皮肤病学. 3 版, 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 1117-1118.
- [10] 刘琴, 吴剑波, 宋韬. 增殖性红斑继发鳞状细胞癌 1 例. 中国皮肤性病杂志, 2011, 25(2): 133-134.
- [11] 郁博, 何威, 黎智, 等. 增殖性红斑-鳞癌 1 例. 中国麻风皮肤病杂志, 2009, 24(1): 64-65.
- [12] Kim B, Garcia F, Touma N, et al. A rare case of penile cancer in situ metastasizing to lymph nodes. Can Urol Assoc J. 2007, 1(4): 404-407.
- [13] 周瑞锦, 刘中华, 李启忠, 等. 阴茎原位癌的诊断及治疗. 中华泌尿外科杂志, 2003, 24(12): 842-844.
- [14] 宋翔, 郭三凌, 袁涛, 等. CO₂激光联合浅层 X 光治愈 1 例男性鲍温样丘疹病合并增殖性红斑. 中国激光医学杂志, 2012, 21(5): 324.
- [15] Fai D, Romano I, Cassano N, et al. Methyl-aminolevulinic acid photodynamic therapy for the treatment of erythroplasia of Queyrat in 23 patients. J Dermatolog Treat. 2012, 23(5): 330-332.
- [16] 王宏伟, 王秀丽, 过明霞, 等. 5-氨基酮戊酸乳膏光动力治疗皮肤癌前病变和皮肤原位癌. 中华皮肤科杂志, 2006, 39(3): 137-139.
- [17] 邹晓辉, 普雄明, 康晓静. 光动力治疗增殖性红斑疗效观察. 新疆医学, 2014(44): 68-69.

(收稿日期: 2014-06-17)

• 性传播疾病 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.021

超脉冲 CO₂ 激光联合胸腺肽治疗尖锐湿疣的疗效及机制分析陈金兰¹ 许仕军²

1 重庆市涪陵区人民医院妇产科, 重庆 408000

2 重庆市涪陵中心医院皮肤性病科, 重庆 408000

【摘要】目的:观察超脉冲 CO₂激光联合胸腺肽治疗尖锐湿疣的临床疗效,探讨其复发机制。方法:选取40例尖锐湿疣患者为观察组,并随机选取40例正常体检人群为对照,比较两组人群体内T淋巴细胞亚群及IL-2、IFN- γ 的差异。所有尖锐湿疣患者均采用CO₂激光联合胸腺肽治疗,比较治疗前后淋巴细胞及IL-2、IFN- γ 的变化。随访6个月,按照是否复发分为治愈组及复发组,分析细胞免疫对复发的影响。结果:尖锐湿疣患者CD4细胞比例(Th1)及其分泌的IL-2、IFN- γ 显著低于正常人群,而Th2、CD8细胞比例高于正常人群,其差异具有统计学意义($P < 0.05$)。40例患者均完成治疗,治疗后Th1细胞比例、IL-2及IFN- γ 均显著上升,Th2、CD8细胞比例下降,提示超脉冲CO₂激光联合胸腺肽治疗可改善患者体内Th1、CD8细胞亚群的失调状态,提高IL-2、IFN- γ 水平。30例患者获得治愈,治愈率75.0%,10例患者复发,复发率25.0%。复发患者Th1细胞比例、IL-2及IFN- γ 均显著低于治愈患者,而CD8细胞无显著性差异,提示复发患者仍存在Th1细胞免疫功能低下。结论:超脉冲CO₂激光联合胸腺肽治疗可改善患者体内Th1/Th2、CD4/CD8细胞亚群的失调状态,提高IL-2、IFN- γ 水平;复发患者Th1细胞低水平表达,仍处于免疫平衡紊乱状态。

【关键词】超脉冲CO₂激光;胸腺肽;尖锐湿疣Effect of CO₂ laser combined with thymosin in treating condyloma acuminata CHEN Jinlan¹, XU Shijun².

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Chongqing Fuling District People's Hospital, Chongqing 408000, China; 2. Department of Dermatology, Chongqing Fuling Central Hospital, Chongqing 408000, China

【Abstract】Objectives: To observe the clinical effect of CO₂ laser combined with thymosin in the treatment of condyloma acuminatum (CA), and analyze its mechanism of recurrence. Methods: 40 patients with CA were selected as observation group, and 40 healthy people were selected as control group. Comparison was made between the two groups in respects of T-cell subpopulation in peripheral blood and the level of IL-2, IFN- γ . All patients in observation group received CO₂ laser combined with thymosin, and the lymphocyte subpopulation and the level of IL-2, IFN- γ before and after treatment were compared. All patients were followed up for 6 months, and divided into cure group and recurrent group based on the clinical effect. The lymphocyte subpopulation and the levels of IL-2, IFN- γ between these two groups were compared. Results: Compared with healthy people, the percentage of CD4 cell and level of IL-2, IFN- γ in CA patients were lower, while the percentage of Th2, CD8 were higher, with statically significant difference ($P < 0.05$). The percentage of Th1 cell and level of IL-2, IFN- γ increased while the percentage of Th2, CD8 cell decreased after treatment in these 40 CA patients. 30 CA patients were cured, a cure rate of 75.0%; 10 CA patients had recurrence, a recurrence rate of 25.0%. The percentage of Th1 cell and level of IL-2, IFN- γ in recurrent group were lower than cure group, while the percentage of CD8 has no obvious differences. Conclusions: The treatment of CO₂ laser combined with thymosin can rebuild the balance of Th1/Th2 and CD4/CD8 and enhance the level of IL-2, IFN- γ , while the cellular immunity is impaired in recurrent CA patients.

【Key words】CO₂ laser; Thymosin; Condyloma acuminatum

【中图分类号】R752.5+3

【文献标志码】

尖锐湿疣(condyloma acuminatum, CA)是由人乳头瘤病毒

(human papilloma viruses, HPV)感染的性传播疾病,其特征为多发鳞状上皮增生,初为散在或呈簇状增生的小乳头状突起,呈粉色或白色,质地柔软,可互相融合,增大为鸡冠或桑椹状。病变多位于性交易损部位,如龟头、冠状沟、大小阴唇内侧、尿道

口等部位。以往采用冷冻、腐蚀剂、电烧灼等治疗方式,患者痛苦大、出血多,且疗效较低,复发率高达 50% 以上^[1-3],由于病情反复且多发的尖锐湿疣常累及尿道口、宫颈等特殊部位,多次手术治疗容易造成损伤,严重影响患者的生活质量。我科采用超脉冲 CO₂ 激光联合胸腺肽肌注治疗尖锐湿疣取得较为肯定的效果,激光切割具有止血快,创面干燥,降低手术痛苦的特点^[4,5],肌注胸腺肽可有效预防尖锐湿疣复发。现就其疗效及临床机制做一分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用整群抽样的方法选取 2010 年 6 月至 2012 年 6 月收治的 40 例尖锐湿疣患者为研究对象,所有患者均有不洁性交史,根据症状、临床表现,5% 醋酸白试验阳性确诊,男性 29 例,女性 11 例;年龄 22~64 岁,平均(32.6±6.9)岁。皮损大小不一,数量 2~11 个,疣体直径 2~29mm,病程 6d~6 个月,男性主要分布于龟头、冠状沟、尿道口、包皮内外板、系带、肛周等,女性主要分布于阴道壁、大小阴唇、尿道口、宫颈、会阴、肛周等。排除标准:(1)对治疗方法或药物过敏;(2)合并其他可能影响淋巴细胞功能的疾病;(3)严重免疫功能低下。采用随机数字表法随机选取我院健康体检人群 40 例作为对照组,其中男性 27 例,女性 13 例;年龄 25~66 岁,平均(33.1±7.2)岁。两组患者之间的性别与年龄之间的差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

观察组应用超脉冲 CO₂ 激光联合胸腺肽(40mg 肌注,1 次/周)治疗,先用 2% 利多卡因局麻,超脉冲 CO₂ 激光高温使疣体气化并彻底消除。术后口服抗生素 3~5d,患处外用莫匹罗星软膏直至愈合,连续治疗 4 周,随访 6 个月。

1.3 研究方法 & 评价标准

治疗前抽取两组人群空腹血液测定 T 淋巴细胞亚群(CD4、

CD8)及 IL-2、IFN- γ 的差异。标本滴入 100 μ L EDTA 抗凝,离心后在 -70℃ 冰箱保存。严格按 Cytodetect 试剂盒说明进行操作,Fioll 密度离心法分离淋巴细胞,并用 RPMI1640 培养液稀释为 1×10^6 /mL。200 μ L 淋巴细胞悬液滴入 96 孔板培养,分别加入佛波酯(PMA)、莫能霉素(monensin)、依诺霉素(ionomycin)3 μ L,然后置于 37℃,5% CO₂ 中培养约 5h。然后置于离心管,1200r/min 离心约 5min,弃上清液。多聚甲醛液固定 10 min 后用 PBS 洗涤,再次离心约 5min,弃上清,并用洗涤剂悬浮细胞置入 4℃ 冰箱中过夜。洗涤剂洗涤,将抗 CD4-FITC 单抗滴入细胞悬液,混匀后室温避光孵育约 20 min。滴加破膜剂,离心后弃上清液,分别滴加抗 IL-2 FITC 单抗,IFN- γ FITC 单抗,室温避光孵育,PBS 洗涤后离心,去上清液,再次滴加 PBS 重悬细胞后上机检测,记录荧光抗体染色阳性细胞的百分率。观察组患者治疗 1 个月后再次抽取空腹血液,比较治疗前后 CD4(Th1、Th2)、CD8、IL-2、IFN- γ 表达水平。随访 6 个月,治疗后疣体完全消失,无新生疣体出现为治愈,否则视为复发。比较治愈患者与复发患者 CD4(Th1、Th2)、CD8、IL-2、IFN- γ 表达水平的差异。

1.4 统计学处理

SPSS13.0 软件包进行统计学分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验分析差异性,以 $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组 T 细胞亚群及 IL-2、IFN- γ 表达水平的比较

40 例尖锐湿疣患者 CD4 细胞比例(Th1)及其分泌的 IL-2、IFN- γ 显著低于正常人群,而 Th2、CD8 细胞比例高于正常人群,其差异具有统计学意义($P<0.05$),提示尖锐湿疣患者体内存在 T 细胞亚群比例失调,同时造成细胞因子水平降低。见表 1。

表 1 观察组与对照组 T 细胞亚群及 IL-2、IFN- γ 表达水平的比较

组别	CD4		CD8	IL-2	IFN- γ
	Th1	Th2			
观察组	11.9±4.5*	7.9±2.3*	34.1±5.3*	6.0±1.1*	7.8±0.7*
对照组	20.8±5.9	4.0±2.2	22.1±3.6	11.7±2.4	12.0±1.3

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 观察组治疗前、治疗结束时 T 细胞亚群及 IL-2、IFN- γ 表达水平的比较

40 例患者均完成治疗,治疗后 Th1 细胞比例、IL-2 及 IFN- γ 均显著上升,Th2、CD8 细胞比例下降,提示超脉冲 CO₂ 激光

联合胸腺肽治疗可改善患者体内 Th1、Th2、CD8 细胞亚群的失调状态,提高 IL-2、IFN- γ 水平。但与对照组相比,CD8 细胞比例、IL-2、IFN- γ 差异仍然显著($P<0.05$)。见表 2。

表 2 观察组治疗前、治疗结束时 T 细胞亚群及 IL-2、IFN- γ 表达水平的比较

时间	CD4		CD8	IL-2	IFN- γ
	Th1	Th2			
治疗前	11.9±4.5	7.9±2.3	34.1±5.3	6.0±1.1	7.8±0.7
治疗后	17.2±5.2*	4.2±2.1*	26.2±5.4*	8.6±1.5*	9.7±1.0*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

2.3 超脉冲 CO₂ 激光联合胸腺肽治疗的疗效及复发机制的分析

40 例患者均连续治疗 1 个月,并随访 6 个月。其中 30 例患者获得治愈,治愈率 75.0%,6 例患者在 3 个月内复发,4 例患者在半

年内复发,复发率 25.0%。发现患者复发后治疗之前即抽取复发患者静脉血并进行流式细胞分析(见表 3),复发患者 Th1 细胞比例、IL-2 及 IFN- γ 均显著低于治愈患者,而 CD8 细胞无显著性差异,提示复发患者仍存在 Th1 细胞免疫功能低下。见表 3。

表 3 复发患者与治愈患者 T 细胞亚群及 IL-2、IFN- γ 表达水平的比较

组别	CD4		CD8	IL-2	IFN- γ
	Th1	Th2			
治愈组	19.2 $\pm$ 4.7	3.9 $\pm$ 2.2	25.8 $\pm$ 6.0	10.2 $\pm$ 1.3	11.4 $\pm$ 1.2
复发组	13.2 $\pm$ 3.9*	4.3 $\pm$ 2.5	26.9 $\pm$ 5.1	6.9 $\pm$ 1.7*	7.1 $\pm$ 1.0*

注:与治愈组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

T 淋巴细胞是机体抗病毒的主要特异性免疫细胞,主要有 CD4 和 CD8。根据分泌的细胞因子类型可将 CD4 淋巴细胞分为 Th0、Th1、Th2。Th1 以表达 IL-2、IFN- γ 等细胞因子为主,在抗病毒免疫中具有重要作用,激活巨噬细胞,增强细胞免疫和扩大免疫应答过程。Th2 以 IL-4、IL-10 为主,参与体液免疫过程,主要为免疫抑制效应。正常状态下,Th1/Th2 的比例维持动态平衡,一旦失衡将引起免疫功能受损,进而影响清除病毒能力,诱导免疫耐受状态。许多学者认为机体对尖锐湿疣主要依靠细胞免疫,HPV 感染主要引起 Th1 介导的淋巴细胞免疫应答过程^[4,6],Th1 分泌大量的细胞因子,启动白细胞的抗病毒作用,抑制受 HPV 感染的细胞生长过程,调控抗原呈递细胞、Th2 细胞表达水平。本次研究采用流式细胞仪检测,与正常人群比较,尖锐湿疣患者 Th1 升高、Th2 降低,IL-2、IFN- γ 细胞因子表达下降,存在 Th1/Th2 型淋巴细胞失衡,说明 HPV 感染引起机体免疫监视功能发生障碍,抗病毒免疫受到严重影响^[7]。另外,我们还观察到尖锐湿疣患者体内 CD8 淋巴细胞显著高于正常人群,由于 CD8 淋巴细胞具有免疫抑制作用,可抑制 T、B 淋巴细胞功能,说明尖锐湿疣患者不但存在 Th1/Th2 失衡,还存在 CD4/CD8 失衡,免疫平衡向 Th2、CD8 漂移,使细胞免疫应答降低,与其他学者报道相符^[8]。

Th1 细胞可分泌 IL-2 和 IFN- γ ,前者可刺激 NK 细胞增殖,诱导淋巴因子活化杀伤(LAK)细胞,细胞毒性 T 细胞(CTL)的活化;后者可增强 NK 和 CTL 细胞攻击受病毒感染细胞的能力^[9],具有抗病毒、抗增殖及免疫调节作用,IL-2 和 IFN- γ 水平降低导致 NK、CTL 等杀伤细胞的溶细胞活性降低^[9,10]。胸腺肽为小分子多肽,具有胸腺生成素的生物活性,可双向调节免疫系统的功能,使受抑制或过激的免疫反应趋于正常,其主要机制包括:(1)诱导、促进 T 淋巴细胞的分化成熟及增殖过程;(2)调节 T 淋巴细胞亚群的比例,使 CD4/CD8 恢复平衡;(3)提高 IL-2、IFN- γ 的水平,从而调节细胞免疫过程^[11];(4)增强吞噬细胞和 NK 细胞功能。比较尖锐湿疣患者治疗前、后 T 细胞亚群及 IL-2、IFN- γ 表达水平的变化,治疗后 Th1 细胞比例、IL-2 及 IFN- γ 均显著上升,Th2、CD8 细胞比例下降,提示胸腺肽可增强尖锐湿疣患者体内特异性细胞免疫功能,促进 T 细胞转化,发育和成熟,诱导淋巴细胞的正常分化过程,调节 T 细胞各个亚群的平衡,重新调节 HPV 引起的 Th2、CD8 漂移,从而打破尖锐湿疣机体内的免疫逃逸机制^[12]。

虽然超脉冲 CO₂ 激光联合胸腺肽疗效较为肯定,但仍有 25% 的患者复发,进一步研究发现,复发患者 Th1 细胞比例、IL-2 及 IFN- γ 均显著低于治愈患者,而 CD8 细胞无显著性差异,提示复发患者仍存在 Th1 细胞免疫功能低下。部分学者认为复发与合并其他性病病原体感染有关,尖锐湿疣共纳入淋球菌或支原体的患者常有较高的复发率^[13]。也有学者认为尖锐湿疣复发与 HPV 分型及病毒载量有关,不同 HPV 感染患者复发率不同,而高载量复发率较高^[14]。本次研究由于病例较少,未就以上因素进行分类比较,在下一步研究中将扩大样本量及随访时间,就病程、HPV 类型、载量做一比较分析,以更好的指导临床治疗。

参 考 文 献

- [1] 周平玉. 尖锐湿疣的治疗进展. 中国男科学杂志, 2002, 16(3): 171-173.
- [2] 郑淑茹, 陈小玉. 0.5% 5-氟尿嘧啶外敷及阴道填塞联合激光治疗女性多发尖锐湿疣 74 例临床疗效观察. 中国性科学, 2012, 21(1): 17-18.
- [3] 张黎峰, 叶静, 张琼. 5-氨基酮戊酸光动力三阶段治疗尖锐湿疣疗效分析. 中国皮肤性病学杂志, 2010, 24(8): 739-740.
- [4] 于智明, 蔡丽敏, 郑淑云, 等. CO₂ 激光联合 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗尖锐湿疣疗效观察. 国际皮肤性病学杂志, 2010, 36(3): 134-136.
- [5] 沈利东, 缪文进, 曹燕, 等. 5-氨基酮戊酸光动力联合 CO₂ 激光治疗肛周尖锐湿疣疗效观察. 苏州大学学报, 2011, 31(6): 1030-1031.
- [6] 涂权梅, 吕杰强, 陈小鸣, 等. 复发与未复发女性尖锐湿疣患者 Th1/Th2 细胞因子检测. 中国皮肤性病学杂志, 2009, 23(8): 498-499.
- [7] Chen K, Chang BZ, Ju M, et al. Comparative study of photodynamic therapy VS CO₂ laser vaporization in treatment of condylomata acuminata: a randomized clinical trial. Br J Dermatol, 2009, 156(3): 516-520.
- [8] 张东红, 孙建方. 尖锐湿疣的细胞免疫及免疫治疗现状. 中国麻风皮肤病杂志, 2003, 19(1): 55.
- [9] 易宙进, 吴雄伟. 尖锐湿疣患者 IL-2 和 IFN- γ 水平观察. 实用预防医学, 2007, 14(6): 6-7.
- [10] 张春敏, 魏国. 尖锐湿疣患者 IFN- γ 及 IL-4 细胞因子水平的研究. 中国麻风皮肤病杂志, 2005, 21(3): 176.
- [11] 王希晶, 王谦可, 梁凤仪, 等. ALA-PDT 联合 CO₂ 激光治疗尖锐湿疣疗效观察及治疗前后外周血 TNF- α 和 IL-6 变化. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(3): 233-234, 237.
- [12] 郭尚云. 微波联合胸腺肽治疗老年女性尖锐湿疣疗效观察. 中国

- 老年学杂志, 2009, 29(1): 100 - 101.
- [13] 黄秋穗, 陈文兵, 王繁, 等. 尖锐湿疣合并淋球菌与解脲支原体感染对复发的影响. 中国全科医学, 2010, 13(1B): 187 - 188.
- [14] Liang J, Lu XN, Tang H, et al. Evaluation of photodynamic therapy using topical aminolevulinic acid hydrochloride in the treatment of condylomata acuminata: a comparative, randomized clinical trial. Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine, 2009, 25(6): 293 - 297.
- (收稿日期: 2014 - 09 - 30)

· 性传播疾病 ·
DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.022

支原体感染与不孕症相关影响因素的研究

肖海燕¹ 李婧¹ 尚存莲¹ 席雅娟²
1 深圳市龙华新区人民医院妇产科, 广东 深圳 518109
2 深圳市龙华新区人民医院检验科, 广东 深圳 518109

【摘要】 目的: 探索研究女性支原体感染对不孕症的具体影响。方法: 选择我院收治的不孕患者 240 例作为研究组, 同时选择在我院接受健康体检的非不孕妇女共计 240 例作为对照组, 对两组对象进行支原体检测并对相关因素进行对比判断。结果: 研究组患者的解脲支原体阳性率为 36.67%, 显著高于对照组研究对象的 13.34% ($P < 0.05$); 原发不孕患者解脲支原体阳性率为 34.29%, 继发不孕患者则为 39.00%, 组间差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$); 不孕患者支原体对罗红霉素的耐药率高达 56.25%, 对强力霉素的敏感率高达 87.50%, 对克拉霉素的敏感率为 77.92%, 对氧氟沙星的敏感率为 75%。结论: 支原体感染与女性不孕具有极为密切的关系, 其具体致病机制还需深入研究, 为预防和治疗提供科学依据。

【关键词】 支原体感染; 不孕症; 解脲支原体
Study on the influencing factors of mycoplasma infection of female infertility XIAO Haiyan¹, LI Jing¹, SHANG Cunlian¹, XI Yajuan². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Longhua District People's Hospital of Shenzhen, Shenzhen 518109, China; 2. Clinical Laboratory, Longhua District People's Hospital of Shenzhen, Shenzhen 518109, China

【Abstract】 **Objectives:** To explore the influencing factors of mycoplasma infection of female infertility. **Methods:** 240 infertility patients in our hospital were selected as study group and 240 cases of non-infertile women were selected as control group. Mycoplasma test on two groups was done and the relevant factors were compared. **Results:** The positive rate of ureaplasma urealyticum (Uu) in patients of the study group was 36.67%, which was significantly higher than that in the control group (13.34%) ($P < 0.05$). The positive rate of Uu in primary infertility patients was 34.29% and the positive rate of Uu in secondary infertility patients was 39%. The difference between groups was not statistically significant ($P > 0.05$). Mycoplasma resistance rate of roxithromycin in infertility patients was as high as 56.25%; the rate of susceptibility to doxycycline was as high as 87.50%; the sensitive rate of clarithromycin was 77.92% and the rate of susceptibility to ofloxacin was 75%. **Conclusions:** Mycoplasma infection is very close related to female infertility, and the specific pathogenesis needs further studied to provide scientific basis for prevention and treatment of infertility.

【Key words】 **Mycoplasma infection; Infertility; Ureaplasma urealyticum (Uu)**
【中图分类号】 R714.2 【文献标志码】 A

夫妻婚后未实行避孕, 性生活频率正常而超过 1 年均未发生妊娠反应者, 则判定为不孕。不孕症是一个世界性的医学问题和社会问题, 其病变可由多种病原体引起^[1]。有学者研究认为, 支原体感染是导致女性不孕的重要因素之一, 支原体可通过对机体免疫系统功能的改变导致组织损伤, 从而引发不孕^[2,3]。2009 年 McClure^[4]指出感染引起的不孕具有极高的比例。Cupta 等^[5]也进行过类似研究, 结论基本一致。我院积极开展相关研究, 采用临床实践方式, 探索研究支原体感染同不孕之间的具体作用关系, 了解影响女性不孕在支原体感染方面的相关因素, 为临床预防和治疗不孕提供科学依据, 取得了显著的成效。具体情况如下。

【基金项目】 广东省深圳市龙华新区科技计划项目 (2013062)。
【第一作者简介】 肖海燕 (1967 -), 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究已获得本院伦理委员会授权,采用对比分析方式进行研究。采取随机抽取病例的方式选择 2013 年 5 月至 2014 年 4 月期间我院收治的不孕妇女共计 240 例,作为研究组。年龄范围为 20~45 岁,平均(26.25±6.55)岁。本组所有研究对象均符合 WHO 组织所制定的《不育夫妇标准检查与诊断手册》相关诊断标准,夫妻婚后性生活均为正常,均未实施避孕,同居均超过 1 年,无妊娠反应;均以常规方式临床检查确诊为不孕^[6];所有研究对象均积极配合研究检查;已对先天性以及后天性解剖与功能方面明显缺陷且无法通过医学矫正而正常受孕的患者进行排除;所有研究对象均为汉族。其中原发不孕者 140 例,继发不孕者 100 例。同时选择在我院接受健康体检的非不孕妇女共计 240 例,作为对照组。年龄范围为 21~43 岁,平均(26.65±5.85)岁。本组所有对象均于婚后 1 年左右实现自然受孕或正常分娩;均知情同意并配合检查;均为汉族。两组研究对象的年龄不具有显著性差异($P<0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 支原体检测 针对上述两组研究对象均进行支原体检测。研究对象取膀胱截石位,对宫颈分泌物进行充分清洁后,选用一次性无菌棉拭子,由阴道口插入宫颈 2~4cm 位置,缓慢转动数圈,采集到分泌物标本后,将拭子置入无菌管然后马上送检,检验过程中,主要开展支原体培养鉴定以及相关抗生素敏感性试验。用于分泌物培养、鉴定、计数的药敏试剂盒,选用郑州安图绿科生物工程有限公司产品。

1.2.2 检测结果判断^[7,8] 由研究人员进行培养活动与生化反应试验。解脲支原体(Uu)含有脲酶,对尿素产生分解作用,从而产生出 NH_3 。由于人型支原体(MH)含有精氨酸脱羧酶,将对精氨酸形成分解作用,也会产生出 NH_3 ,从而促进培养液的 pH 值升高。因此,可以参照酸碱指示剂颜色变化情况对结果进行相应判定。如果支原体对包被抗生素较为敏感,抑制了酶活性,则颜色不会有任何变化。如果在培养 24h 后,培养液颜色变红,则证明有支原体生长。如果颜色保持桔黄,则证明无衣原体生长。

1.3 统计学处理

数据资料均应用 SPSS16.0 软件进行处理,统计结果用 $[n(\%)]$ 形式表达,应用 χ^2 进行结果检验。当 $P<0.05$ 时,证明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组研究对象解脲支原体检测结果比较

研究组患者的解脲支原体阳性率为 36.67%,显著高于对照组研究对象的 13.34%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组研究对象解脲支原体检测结果比较

组别	例数	阳性	阴性
研究组	240	88(36.67)	152(63.33)
对照组	240	32(13.34)	208(86.66)
χ^2		34.84	
P		$P<0.05$	

2.2 原发不孕和继发不孕患者支原体检测结果比较

原发不孕患者解脲支原体阳性率为 34.29%,继发不孕患者则为 39.00%,组间差异不具有统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 原发不孕和继发不孕患者解脲支原体检测结果比较

组别	例数	阳性	阴性
原发不孕患者	140	48(34.29)	92(65.71)
继发不孕患者	100	39(39.00)	61(61.00)
χ^2		0.56	
P		>0.05	

2.3 研究组患者支原体药敏检测结果比较

不孕患者支原体对罗红霉素的耐药率高达 56.25%,对强力霉素的敏感率高达 87.50%,对克拉霉素的敏感率为 77.92%,对氧氟沙星的敏感率为 75%。见表 3。

表 3 研究组患者支原体药敏检测结果比较

药物	耐药率	敏感率	中介率
克拉霉素	53(22.08)	187(77.92)	0(0.00)
阿奇霉素	30(12.05)	150(62.50)	60(25.00)
罗红霉素	135(56.25)	30(12.50)	75(31.25)
强力霉素	30(12.50)	210(87.50)	0(0.00)
氧氟沙星	23(9.58)	180(75.00)	37(15.42)

3 讨论

一直以来,不孕不育均是一个较为普遍的医学难题以及社会问题,严重影响患者的家庭和谐。据资料统计,我国目前的不孕不育夫妇大约为已婚夫妇的 15% 左右,且还表现为逐年上升趋势。临床调查研究结果表明,导致已婚妇女不孕有多种因素,主要包括卵巢因素、输卵管因素、子宫因素、宫颈因素、阴道因素以及免疫因素等,其中大约 30% 的比例为输卵管因素。在以往的医学研究中,普遍认为导致育龄妇女输卵管性不孕的主要诱因是细菌、淋菌以及非淋菌性中的衣原体等。随着近年来医学研究的进一步深入,关于输卵管疾病的具体诱因更加明确,目前已经证实支原体也属于一种主要病原体,这一因素在性活跃性紊乱以及怀孕妇女中更加明显。

支原体属于一种原核单细胞微生物,没有进化出细胞壁,具有显著的多形性,其个体较小,结构非常单一。支原体主要分布在泌尿生殖道位置,同时也属于女性生殖道正常菌群的有机组成部分,支原体主要分为两类,分别为解脲支原体(Uu)和人形支原体(MH)。在健康体检人群中,高达 60% 的妇女均可检出 Uu,女性患者约 80% 可无自觉症状^[9,10]。近年以来,女性泌尿生殖道系统的支原体感染发病率表现为不断上升趋势,已经成为导致成年女性不孕的重要诱因。由于支原体的感染,将引起患者的子宫内膜炎、急性输卵管炎等相关盆腔炎症性疾病^[11,12]。针对急性输卵管炎患者而言,Uu 与 MH 均属于重要的潜在病因^[13,14]。MH 也与细菌性阴道病密切相关^[15]。人体解剖学证明,宫颈管以及颈管内黏液栓是可以方式菌群上行的重要生物屏障,但这一屏障一旦受到支原体感染后就会被破坏,导致病菌直接上行,感染子宫内膜以及输卵管,从而引发输

输卵管炎。由于这一原因所导致的急性输卵管炎,其初始病症为输卵管内膜炎,其主要表现为输卵管内膜肿胀、充血、被多核白细胞浸润,病情严重者,其输卵管内膜上皮则将发生退行性变。由于上述原因所导致的慢性输卵管炎,其主要表现为输卵管轻度充血、肿胀,黏膜可能发生脱落迹象。

临床研究表明,引发女性不孕的原因中,支原体感染只是其中一个方面。除这一原因外,引发女性不孕的还包括遗传、生物、环境、社会以及心理等各方面的因素。年龄对于生育能力具有较大的影响,育龄是最适合生育的年龄,之后,生育能力将随着年龄的增长而逐渐降低。在临床治疗的不孕患者中,其主要年龄分布集中在 23~32 岁,超过 33 岁的患者较少。这些患者比较集中在育龄期,有利于开展相关治疗。在就诊的不孕患者中,其较为集中的不孕年限为 1~4 年左右,年限超过 5 年的,已经基本放弃治疗。患者的就诊时候的不孕年限越短,治疗的痊愈几率就越大,较大比例的患者可以通过治疗实现妊娠。判断妇女内分泌是否正常,可以以经期是否规律作为依据。在具有妊娠史的不孕妇女患者中,其最后一次妊娠以人工方式强行终止者,比例高达 47.9%,对其生殖系统造成严重不良影响。导致人工流产的根本原因,就是因为患者对自身的生殖健康没有引起足够的重视,没有形成较强的自我保护意识,从而导致意外妊娠。因此,应在育龄女性中加强避孕知识的宣传,减少意外妊娠的发生,从而降低不孕的可能性。近年来,随着社会的进步,性传播疾病感染也逐渐成为导致妇女不孕的重要危险因素。由于性行为的不受约束性,导致性传播疾病增加,从而诱发宫颈和阴道相关疾病。

不孕症作为一种典型性的身心疾病,在影响患者生活质量与家庭和谐的同时,也导致一定程度的社会问题。随着发病率的升高,应该引起足够的重视。

参 考 文 献

[1] 陶冶. 解脲支原体感染与输卵管性不孕的相关性探讨. 中华医院

感染学杂志, 2012, 22(6): 1308-1309.

[2] 王敬云, 刘杰. 支原体感染与妊娠. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 17(12): 713-715.

[3] 谷存国. 泌尿生殖道解脲支原体感染及耐药现状分析. 中华实用诊断与治疗杂志, 2010, 24(7): 725-726.

[4] McClure EM, Goldenberg RL. Infection and stillbirth. Semin Fetal Neonatal Med. 2009, 14(4): 182-189.

[5] Gupta A, Gupta A, Gupta S, et al. Correlation of mycoplasma with unexplained infertility. Arch Gynecol Obstet. 2009, 280(6): 981-985.

[6] 王景枝. 女性不孕症患者心理分析及护理干预. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(14): 39-40.

[7] 方锦霞. 女性生殖系统常见病所致不孕症的护理及分析. 吉林医学 2013, 33(33): 7359.

[8] 杨安波, 孙良, 陈瑞娥, 等. 生殖支原体、解脲支原体对 12 种抗生素的药物敏感性分析. 山东医药 2010, 50(27): 28-29.

[9] 周凯华, 陶慧, 王阿静. 支原体感染的不孕症患者相关因素的分析. 浙江临床医学, 2013, 15(7): 965-966.

[10] 王丽荣, 王振荣. 女性生殖道支原体的致病性及其与不孕关系的探讨. 中国妇幼保健, 2013(37): 3976-3978.

[11] 崔英丽, 蔡知天, 李楷滨, 等. 解脲支原体在不孕不育及不良妊娠结局的作用. 中国妇幼保健, 2012, 27(6): 944-946.

[12] 曾浩. 宫腔输卵管造影对判断生殖道支原体感染的价值. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(6): 1380-1382.

[13] 袁学华, 陈秀兰, 罗卉丽, 等. 女性泌尿生殖道解脲支原体感染现状及耐药性调查. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(4): 826-827.

[14] 刘春霞, 刘斌, 曹小秋. 某地区 2008-2010 年泌尿生殖道支原体感染状况及其耐药性演变. 国际检验医学杂志, 2012, 33(12): 1454-1458.

[15] Taylor - Robinson D, Furr PM. Further observations on the murine model of Mycoplasma hominis infection. J Med Microbiol, 2010, 59(Pt 8): 970-975.

(收稿日期: 2014-10-23)

· 性传播疾病 ·

DOI: 10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.023

成都市电子厂外来务工人员健康干预预防艾滋病效果评价

田中 李健^{2Δ}

1 成都市第九人民医院公卫科, 成都 610015

2 四川省人民医院全科, 成都 610072

【摘要】目的: 探索健康教育对外来务工人员预防艾滋病的效果, 为开展流动人口预防艾滋病工作提供科学依据。方法: 对成都市 3 家电子厂外来务工人员进行预防艾滋病健康教育, 干预前后使用相同问卷评价健康教育效果。结果: 干预前调查 770 人, 传播艾滋病相关知识的知晓率为 22.0%~88.7%, 国家政策

【第一作者简介】田中(1969-), 男, 副主任医师、硕士, 主要从事健康教育工作。

Δ【通讯作者】李健, 博士, E-mail: 504253296@qq.com

为 25.3% ~ 36.2%, 对艾滋病感染者持积极态度者为 32.7%、28.8%。干预后调查 738 人, 外来员工对艾滋病的知识态度改善, 知晓率为 69.4% ~ 93.2%。目标人群与商业性服务者或者固定性伴侣发生性行为变化不显著, 但安全套的使用率升高, 差异显著。**结论:** 健康教育对外来务工人员艾滋病知识、态度、行为干预效果明显, 对预防艾滋病及降低其社会危害具有重要的意义。

【关键词】 艾滋病; 流动人口; 健康教育

Effect of health education on prevention of HIV/AIDS among migrant workers of three electronic factories in Chengdu TIAN Zhong¹, LI Jian²△. 1. Department of Public Health, The Ninth People's Hospital of Chengdu City, Chengdu 610015, China; 2. Department of General Practice, Sichuan Province People's Hospital, Chengdu 610072, China

【Abstract】 **Objectives:** To evaluate the effect of health education on prevention of HIV/AIDS among migrant workers and provide scientific evidences for prevention of HIV/AIDS. **Methods:** Migrant workers from three electronic factories received health education about HIV/AIDS. A questionnaire survey about HIV/AIDS was conducted by migrant workers before and after health education in order to assess the effect. **Results:** 770 individuals participated in the investigation before health education. The awareness rate of HIV/AIDS - related knowledge was 22.0% - 88.7% and awareness rate of policies about HIV/AIDS was 25.3% - 36.2%. People who were willing to contact with HIV infected persons or help them accounted for 32.7% and 28.8% respectively. 738 individuals were investigated after health education. The knowledge and attitude towards HIV/AIDS have improved among the target population and awareness rate of HIV/AIDS - related knowledge reached to 69.4% - 93.2%. The difference of sex behaviors with workers or regular sex partners among the respondents was not statistically significant, but the usage rate of condoms increased, with statistically significant difference. **Conclusion:** The effect of health education to improve knowledge, attitude, and behavior towards HIV/AIDS for migrant workers is significant and health education plays a vital role on prevention of HIV/AIDS and reduction of its social harm.

【Key words】 HIV/AIDS; Floating population; Health education

【中图分类号】 R512.91

【文献标志码】 A

艾滋病(AIDS)是由艾滋病病毒(HIV)引起的严重危害人类健康的传染病^[1]。我国艾滋病疫情上升速度虽然减缓,但疫情已从高危人群扩散至一般人群,并且流行和传播模式的多样化对防治工作提出新的挑战^[2]。流动人口是中国社会的一群特殊群体,该人群基数大^[3],具有年轻力壮,性欲旺盛,远离家庭,流动性强,不易管理等特征,极易发生高危性行为。据张巧红等^[4]学者报道,流动人口 HIV 感染率高于总人群感染率,已成为 HIV 病毒传播的重点人群。健康教育是现今艾滋病主要预防措施之一,具有易实施、适用性好、较经济等特点^[5]。在流动人口中进行艾滋病健康教育,提高流动人口防艾意识,切断艾滋病传播途径,具有重要的公共卫生意义^[6]。本研究对某市 3 家电子厂外来务工人员进行艾滋病相关知识问卷调查,并对其进行健康教育及效果评价,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象的选取

采用随机整群抽样方法在我市范围内抽取 3 家电子厂,对其在职的外来务工人员预防艾滋病健康干预,排除标准为:(1)拥有本市户口的在职员工;(2)年龄 < 18 岁或 > 65 岁者;(3)不能完成整个健康干预过程者。本研究中,所有纳入的被干预者都知情同意,自愿参加。

1.2 干预方法

干预前,在电子厂负责人的协助下,召集外来职工,发放预防艾滋病相关知识调查问卷,进行调查,调查问卷当场回收,文盲采用询问调查方式。然后,对目标人群进行预防艾滋病知识宣传干预,每 2 个月 1 次,共 3 次,使其对艾滋病有比较全面

的了解。另外,在工厂进行展板宣传,定期播放音像制品,向职工发放印有预防艾滋病知识的宣传册、纸巾、台历等,并且提供热线咨询电话。干预后,采用与干预前相同调查问卷,对外来职工进行调查。

1.3 调查问卷

参考 2012 国家艾滋病哨点监测实施方案^[7],以及国内外学者的研究,设计预防艾滋病相关知识调查问卷,主要分成 5 个部分,艾滋病传播途径相关知识,国家对艾滋病病人政策,对待艾滋病患者态度以及行为改变,包含 22 个条目,全部为选择题。

1.4 统计分析

利用 Epidata 软件建立数据库,录入有效的问卷。采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,本研究采用 χ^2 检验进行分析,检验水准取双侧 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 有效问卷

本研究在 3 家电子厂中,干预前发放 802 份问卷,回收 770 份有效问卷,回收率为 96.0%。干预后,发放 796 份问卷,回收 738 份有效问卷,回收率为 92.7%。

2.2 人口学特征

干预前调查 770 人,其中男性 405 人(52.6%),女性 365 人(47.4%);年龄在 19 ~ 48 岁之间,平均年龄 28 ± 6.73 岁;汉族 734 人(95.3%);初中学历人数占比例最多,有 505 人(65.6%),其次是高中学历 137 人(17.8%),小学及以下有 105 人(13.6%),大专及以上只有 23 人(3.0%)。

干预后调查 738 人,其中男性 396 人(53.7%),女性 342 人

(46.3%);年龄在 19~41 岁之间,平均年龄(27±5.65)岁,汉族 702 人(95.1%);初中学历人数占比例最多,有 481 人(65.2%),其次是高中学历 134 人(18.2%),小学及以下有 101 人(13.7%),大专及以上只有 22 人(3.0%)。干预前后人口学特征 $P>0.05$,差异无统计学意义。

2.3 传播艾滋病相关知识认知情况

健康教育干预前,务工人员对各条目艾滋病相关知识的认知水平分布不均。三大传播途径的知晓率为 54.2%~88.7%。

对于非艾滋病传播途径(蚊虫叮咬、共餐、共同劳动)知晓率为 22.0%~69.7%,不少人认为蚊虫叮咬能够传播艾滋病。对于能减少艾滋病传播措施的 4 个条目,答对率为 46.7%~69.1%,值得注意的是正确使用安全套知晓率只有 49.0%。经健康教育干预后,务工人员对于各条目艾滋病相关知识有比较清楚的了解,答对率升高,为 69.4%~93.2%。各条目干预前后差异的比较 $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 健康教育前后电子厂外来务工人员对于艾滋病相关知识认知比较

问题		干预前答对	干预后答对	χ^2	P
艾滋病传播途径	不安全的性行为	683(88.7)	688(93.2)	9.34	0.002
	同性性交行为	556(72.2)	671(90.9)	487.04	0.000
	异性性交行为	566(73.5)	634(85.9)	35.66	0.000
	输血或血制品	529(68.7)	609(82.5)	38.87	0.000
	共用注射器	587(76.2)	645(87.4)	31.41	0.000
	孕妇怀孕、分娩或哺乳	417(54.2)	554(75.1)	71.87	0.000
非艾滋病传播途径	蚊虫叮咬	169(22.0)	514(69.7)	364.02	0.000
	共餐	537(69.7)	621(84.2)	43.88	0.000
	共同劳动	460(59.7)	668(90.5)	144.63	0.000
减少艾滋病传播措施	保持单一性伴侣	532(69.1)	588(79.7)	22.09	0.000
	正确使用安全套	377(49.0)	639(86.6)	242.68	0.000
	避免共用注射器	498(64.7)	605(82.0)	57.43	0.000
	女性患者在医导下生产和喂养	357(46.4)	512(69.4)	81.73	0.000

2.4 国家对艾滋病感染者政策

2003 年,我国政府对艾滋病感染者提出了“四免一关怀”政策,即:国家实施艾滋病自愿免费血液初筛检测;对农民和城镇经济困难人群中的艾滋病患者实行免费抗病毒治疗;对艾滋病患者遗孤实行免费就学;对孕妇实施免费艾滋病咨询、筛查和抗病毒药物治疗;将生活困难的艾滋病患者及其家庭纳入政府救助范围。本次干预前的调查结果发现,目标外来务工人员对于相关的国家政策认知率为 25.3%~36.2%,见表 2。整体认知水平偏低,相当一部分人对于“四免一关怀”政策没有概念。经过 3 次艾滋病相关知识宣传干预及相关的健康教育后,被调查者对该政策的认知水平大幅度升高,认知率为 69.2%~74.1%。各条目干预前后差异的比较 $P<0.05$ 。

表 2 健康教育前后电子厂外来务工人员对于“四免一关怀”政策认知比较

问题	干预前答对	干预后答对	χ^2	P
“第一免”	256(33.3)	517(70.1)	204.34	0.000
“第二免”	195(25.3)	511(69.2)	291.89	0.000
“第三免”	239(31.0)	547(74.1)	280.25	0.000
“第四免”	273(35.5)	529(71.7)	198.61	0.000
“一关怀”	279(36.2)	532(72.1)	194.87	0.000

2.5 对待艾滋病人态度

干预前,被调查者对于“愿与艾滋病病毒感染者和从前一样交往”以及“同情和安慰得艾滋病者”占有效调查者人数比例较低。经干预后,持积极态度的人数增多,比例升高,干预前后差异显著。见表 3。

表 3 健康教育前后电子厂外来务工人员对于艾滋病病人态度比较

问题	干预前	干预后	χ^2	P
愿与艾滋病感染者交往	252(32.7)	379(51.4)	53.73	0.000
同情和安慰得艾滋病者	222(28.8)	382(51.8)	82.52	0.000

2.6 行为改变

健康教育前后外来务工人员“近 3 个月是否与商业性服务者发生性行为”以及“近 3 个月是否与固定性伴侣发生性行为”变化不显著, $P>0.05$ 。而干预后,安全套的使用率升高,差异显著, $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 健康教育前后电子厂外来务工人员行为改变

问题	答案	干预前	干预后	χ^2	P
近 3 个月是否与商业性服务者发生性行为	是	167 (21.7)	153 (20.7)	0.206	0.65
	否	603 (78.3)	585 (79.3)		
最近一次与商业性服务者发生性行为是否使用安全套	是	34 (20.4)	83 (53.2)	39.54	0.000
	否	133 (79.6)	70 (47.8)		
近 3 个月是否与固定性伴侣发生性行为	是	364 (47.3)	382 (51.8)	3.037	0.081
	否	406 (53.7)	356 (48.2)		
与固定性伴侣发生性行为是否使用安全套	经常	23 (6.3)	48 (12.6)	44.329	0.000
	偶尔	61 (16.8)	129 (33.8)		
	几乎不用	280 (76.9)	205 (53.7)		

4 讨论

研究结果显示,干预前,被调查者务工人员对各条目艾滋病相关知识的认知水平分布不均,对于常见艾滋病相关知识有一定的认知,但是,对于垂直传播途径,蚊虫叮咬不能够传播艾滋病等知识比较陌生,正确使用安全套知晓率较低,徐晓燕等^[8]研究也有相类似的结果。值得注意的是我国政府在 2003 年就提出了“四免一关怀”政策,只有大约 1/3 的人知晓,低于霍伟等^[9]的研究。这可能与被调查文化程度低相关,本次受访者超过半数均为初中学历,该人群文化程度低,艾滋病防治知识获得途径窄^[6],主动获取知识的意愿弱,知识接受能力不强,袁青等^[10]的研究结果也表明,文化程度偏低人群是艾滋病的高发人群。这非常不利于艾滋病的防控。

健康教育干预后,受访者对艾滋病预防知识有较全面的认识,预防艾滋病知识知晓率大大提高,说明此次健康教育干预方法对于艾滋病防治具有一定的效果。有文献^[11-13]也指出,艾滋病健康教育在促使流动人口掌握艾滋病的传播途径和有效预防措施等方面的基本常识,提高其自我保护和防范意识,从而自觉采取安全健康行为,尽可能减少 HIV/AIDS 的感染,具有非常重要的意义。

经过将近半年的宣传教育活动,电子厂外来务工人员对于艾滋病患者的态度有所改善,超过半数的人表示愿意与艾滋病患者和从前一样交往,高于徐晓燕等^[8]研究,但是,有接近半数的职工仍然对于艾滋病患者存在歧视心理,不能同情和安慰艾滋病患者。说明转变人们对艾滋病的歧视的态度依然任重道远。

流动人口年轻力壮,对性的需求高^[14,15],本研究目标人群经过健康教育后,对于商业性或者固定性性行为改变不明显。发生性行为时,使用安全套的频率升高,坚持正确使用安全套能有效预防艾滋病性病。但是,总体上发生性行为过程中,使用安全套的频率并不高,可能是与流动人口的习惯,安全套的价格偏高以及取用不便相关,提示我们如何采取有效措施提高安全套的使用率,仍是现在急需解决的问题。

总之,流动人口文化水平较低,主动获取有关知识和信息的能力差,对艾滋病认知水平不高,获取艾滋病知识途径少,防控意识薄弱。对流动人口进行针对性健康教育,能够有效提高流动人口对艾滋病认识,熟知国家相关的政策,减少对艾滋病

感染的歧视,形成主动防控艾滋病的意识,改善性过程中的行为,这对于减少我国艾滋病发病率,降低艾滋病社会危害具有重要的意义。

参 考 文 献

- [1] 刘寿. 中国流动人口艾滋病综合干预效果的系统评价. 中国卫生统计, 2013(3): 357-361.
- [2] 黄仕彪. 艾滋病预防与控制研究进展. 河北医学, 2014(9): 1575-1577.
- [3] 王清. 流动人口特征与艾滋病防治对策思考. 北京大学学报(哲学社会科学版), 2006(S1): 151-155.
- [4] 张巧红, 傅继华, 吕繁. 人口流动与艾滋病传播. 预防医学论坛, 2006(2): 216-218.
- [5] 赵二江等. 艾滋病的流行现状与预防措施. 现代预防医学, 2012(7): 1597-1599.
- [6] 张丽花, 乐汉娥. 武汉市硚口区流动人口艾滋病健康教育效果评价. 中国公共卫生, 2014(3): 299-301.
- [7] 2012 国家哨点-全国艾滋病哨点监测实施方案(2012).
- [8] 徐晓燕. 外来务工人员预防艾滋病健康教育效果评价. 中国健康教育, 2006(3): 208-210.
- [9] 霍伟, 姚晓明. 石家庄车站流动人口艾滋病防治知识宣传问卷调查与结果分析. 医学动物防制, 2011(4): 345-350.
- [10] 袁青. 深圳市宝安区某街道流动人口艾滋病相关知识知晓率调查. 实用预防医学, 2011(3): 548-550.
- [11] 韩英. 苏州地区外来务工人员梅毒和 HIV 感染情况及预防知识的调查分析. 中国性科学, 2013, 22(11): 37-39.
- [12] 张满文. 忻州市外来务工人员艾滋病知行信调查分析. 中国药物与临床, 2014(3): 313-314.
- [13] Angadi MM. Impact of health education on knowledge regarding human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. J Indian Med Assoc, 2013. 111(1): 28-30.
- [14] 戎志东. 民营企业外来务工人员传染病防治的健康干预效果. 环境与职业医学, 2014(1): 55-57.
- [15] Souza R. A qualitative study of roles performed by peer workers in the context of HIV in India. J Assoc Nurses AIDS Care, 2014, 25(2): 176-187.

(收稿日期: 2014-09-17)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.024

中医药治疗男性免疫性不育症及顶体酶异常研究进展

朱闽

广西中医药大学附属瑞康医院男科, 南宁 530011

【摘要】 精子膜表面存在的抗精子抗体及精子顶体酶异常是男性不育的重要原因,但其病因十分复杂,大部分患者原因不明,现代医学缺乏现成的、可选择的工作经验性药物,因此临床疗效不甚理想,且不良反应较多。中医药在该方面有一定的潜力,可在不同环节和机制上发挥不同的作用,近年来已有不少学者进行相关研究工作,并取得了较好的疗效。

【关键词】 中医药;免疫性不育症;顶体酶异常;综述

Research progress of traditional Chinese medicine treatment of male immunity infertility and sperm acrosome abnormality ZHU Min. Department of Andrology, Ruikang Hospital, Guangxi Traditional Chinese Medical University, Nanning 530011, China

【Abstract】 Antisperm antibodies and sperm acrosome abnormality were recognized as the important causes of male infertility, but the etiology was very complex and mostly unexplained. The treatment for male immunity infertility and sperm acrosome abnormality was lack of effective specific methods. Traditional Chinese medicine in the treatment of immunity infertility had certain curative effects and it might play different roles in different sectors and mechanism. In recent years, many scholars had carried out relevant research work, and achieved good effects.

【Key words】 Traditional Chinese medicine; Male immunity infertility; Sperm acrosome abnormality; Review

【中图分类号】 R256.56

【文献标志码】 A

近几十年来,随着环境污染、不良生活习惯和性病蔓延等因素的影响,人类的生育能力日趋下降,人类男性精子数和精子量分别下降了 50%^[1],不育症已成为一种常见病症,被世界卫生组织认为是在 21 世纪与心血管疾病、肿瘤并列的危害人类健康与生活的三大疾病之一。一直以来,精液常规分析被作为男性生育能力的主要指标,许多研究也表明精液中精子数量及活动精子的百分率与自然妊娠率在统计学上有显著的相关性,但临床上大约有 1/3 的男性不育患者的精液常规分析结果正常或接近正常^[2]。因此,临床上对于精液常规分析正常的不育症患者需要更有价值的指标来判断不育的原因。

1 抗精子抗体及顶体酶活性与男性不育症

研究表明,有相当一部分的不育病人与免疫有关^[3],据 WHO 统计约有 20% ~ 30% 的不育患者体内存在抗精子抗体(antisperm antibodies, AsAb)^[4],而 AsAb 可干扰生育过程中的不同环节而影响精子功能导致不育^[5]。目前,对 AsAb 形成的机制还不十分清楚,且存在较大争议^[6]。在正常情况下,由于机体血睾屏障的存在,机体免疫系统不会对自身精子产生免疫反应,大多数学者认为只有在诸如生殖道损伤、生殖系统炎症感染、外伤及外科手术损伤及梗阻等因素的作用下,黏膜屏障和血睾屏障受损,精子进入血液系统后充分的暴露于免疫系统

中,刺激免疫系统而产生 AsAb^[7]。目前,尚缺乏高效特异的治疗男性免疫性不育的方法,西药常用免疫抑制剂、抗生素、避孕套隔离法、防凝法及人工授精等,虽然能通过降低 AsAb、减少精子凝聚、提高精子各项参数而达到治疗目的,但不良反应较大(如内分泌失调,免疫力下降,易感染,肾上腺皮质功能亢进症,胃溃疡等),且停药后易产生反跳现象^[8]。

精子顶体酶是一个特化了的溶解酶,当发生顶体反应时,可溶解卵子细胞透明带,为精卵结合提供条件。顶体酶的活性直接影响到受孕的结果,因此顶体酶活性是判断精子生育力很有价值的一项指标^[9]。对其活力的测定在判定精子受精能力方面比传统的精子数量和运动能力更具客观性,而且证实了总顶体酶与受精率之间存在正相关,其活性是判断精子生育力一项很有价值的指标,特别是对不明原因的男子不育者^[10]。而对顶体酶活性异常的治疗则鲜有报道,虽有关于使用枸橼酸克罗米芬治疗该病的报道,但疗效尚不满意,且作用机理也不明确^[11]。目前,对顶体酶活性活性的评估主要用于预测体外受精的结局,以便选择适当的辅助生殖技术,以及为发展男性避孕药物提供方向^[12]。

2 中医药治疗进展

中医药治疗免疫性不育及精子顶体酶异常方面有一定的潜力,可在不同环节和机制上发挥不同的作用,近年来已有不少学者进行相关研究工作,并取得了较好的疗效。

唐乾利等^[13]使用口服续断种子方(川续断 20g、菟丝子 20g、枸杞子 20g、杜仲 15g、骨碎补 15g、党参 30g、白术 15g、茯苓 15g、薏苡仁 15g、淮山 15g、大枣 15g 等)治疗脾肾两虚型免疫性

【基金项目】广西壮族自治区卫生厅计划课题(Z2013220)。

【作者简介】朱闽(1977-),男,副主任医师、医学博士,主要从事男科疾病临床和研究工作。

不育伴顶体酶异常的少、弱精子症,以口服麒麟丸为对照组,疗程为3个月。治疗后,两组AsAb转阴率分别为88.6%和60%,治疗组在AsAb转阴率、提高顶体酶活性以及精子活率、活动率等方面明显优于对照组($P<0.05$)。

陈文俊等^[14]使用口服消抗散(人参9g、甘草6g、当归12g、赤芍10g、香附10g、生地黄10g、熟地黄10g、川芎10g、淫羊藿15g、川椒6g、炒杜仲10g、黄芩10g、天花粉10g、菟丝子20g、徐长卿10g)治疗免疫性不育症,以口服泼尼松为对照组,以60d为1疗程。治疗后,两组总有效率分别为89.3%和71.4%,治疗组在总有效率、妊娠率、精子活动力、密度、液化时间及a级精子百分率方面,治疗组均优于对照组($P<0.01$)。

王朋林^[15]使用口服清热活血化瘀法(牡丹皮10g、赤芍10g、当归15g、枸杞子15g、甘草10g、生地黄12g、焦黄柏10g、丹参15g、炙鳖甲10g、牛膝15g、白花蛇舌草18g、泽泻10g、车前草10g、忍冬藤15g、银柴胡12g)治疗免疫性不育,以口服强的松为对照组,30d为1个疗程。治疗后,两组总有效率分别为94.92%和54.24,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

郜都等^[16]使用口服调抗种子汤(党参10g、生黄芪30g、女贞子20g、生地15g、怀山药20g、川牛膝15g、川续断15g、当归12g、赤芍15g、薏苡仁30g、茯苓20g、防风10g、徐长卿15g、生谷芽60g、生麦芽60g、乌梅10g、生甘草8g)治疗男性免疫性不育症,以口服泼尼松为对照组,1个月为1疗程,连续治疗3个疗程。治疗后,两组的总有效率分别为91.18%和61.76%,治疗组显著优于对照组($P<0.05$)。

徐泽杰等^[17]使用口服前列解毒胶囊(石家庄科迪药业公司产品)治疗男性免疫性不育症,以口服醋酸泼尼松片为对照组,30d为1个疗程。治疗后,治疗组和对照组总有效率分别为86.2%和56.3%、AsAb转阴率分别为68.7%和42.5%、受孕率分别为30.0%和11.2%,并在精液量、精子密度、活动率、活率方面显著优于对照组($P<0.01$)。

李锡主等^[18]使用口服自拟精免汤(淫羊藿15g、菟丝子12g、女贞子12g、黄芪20g、牡丹皮9g、黄柏9g、枸杞子15g、益母草15g、黄芩10g)治疗男性免疫性不育症,以口服泼尼松为对照组,1个月为1个疗程,共治疗1~3个疗程。治疗后,两组总有效率分别为94.2%和72.7%,治疗组优于对照组($P<0.05$),两组精子密度和前向运动精子率均明显提高($P<0.05$),治疗组优于对照组($P<0.05$)。

何旭锋等^[19]使用口服暖精煎(菟丝子、黄芪各30g,覆盆子、当归、肉苁蓉、巴戟天、淫羊藿、枸杞子、补骨脂各15g,蛇床子12g、制附子、露蜂房各10g、制黄精20g)治疗精子顶体酶异常男性不育症,以3个月为1疗程。治疗后精子顶体酶活性、精子正常形态率与精子密度、活率、活力均有提高,与治疗前比较差异均非常显著($P<0.01$)。

邓云山^[20]使用口服聚精汤(熟地黄12g、沙苑子10g、枸杞子12g、紫河车12g、黄芪15g、党参15g、何首乌15g、山茱萸12g、菟丝子15g、鹿角胶12g、甘草5g、当归15g;阳虚者加川断15g、鹿茸6g)治疗精子顶体酶异常不育症,治疗3个月后总有效率为95.83%,并在精液数量、质量参数及顶体酶方面均有改善。

谢元平等^[21]使用俞穴埋线法治疗男性免疫性不育症,以口服强的松为对照组,2个月为1疗程。治疗后,两组总有效率分别为90%和75%,显著优于对照组($P<0.05$)。陈定雄等^[22]使用口服自拟水蛭蜈蚣散治疗顶体酶异常男性不育症,治疗3个

月后总有效率为96.67%,并在精子密度、活动力及顶体酶活性方面均较治疗前有显著改善($P<0.05$)。李轩等^[23]使用口服知柏地黄丸(并按药敏结果给予相应抗生素)对解脲脲原体感染性不育症患者顶体酶进行干预,90d为1个疗程,治疗后精子顶体酶活性、精子活率、活动率及正常形态百分率均显著提高($P<0.01$)。

3 中西医结合治疗进展

齐凤^[24]使用口服补精丸(熟地黄20g、山药20g、生黄芪20g、淫羊藿15g、制黄精15g、紫河车15g、续断15g、山茱萸15g、五味子10g、枸杞子15g、楮实子15g、牛膝15g)联合强的松和左氧氟沙星治疗男性免疫不育症,以口服强的松和左氧氟沙星为对照组,治疗1个月。治疗后两组总有效率分别为80.43%和69.57%,治疗组优于对照组($P<0.05$);两组对血清AsAb转阴率无差异,但在治疗精浆阳性和血清、精浆均阳性患者方面,治疗比对照组效果更佳($P<0.05$)。

梁行^[25]使用口服肠溶阿司匹林联合中药(淫羊藿15g、枸杞子15g、白花蛇舌草30g、败酱草30g、茯苓15g、薏苡仁30g、牡丹皮15g、赤芍15g、丹参15g、桃仁6g、黄芪20g、川牛膝15g、生甘草6g)治疗免疫性不育症,以口服强的松为对照组,1个月为1疗程。治疗后,两组总有效率分别为89%和56%,治疗组优于对照组($P<0.05$)。

孙成才^[26]使用口服精免疫康(生黄芪30g、丹参20g、生地黄20g、制黄精20g、山药20g、当归15g、丹皮15g、制何首乌15g、菟丝子10g、女贞子10g、五味子10g、枸杞子10g、黄芩10g、川牛膝10g、红花10g、车前子10g、乌梅10g、百合10g)联合强的松治疗男性免疫性不育症,以强的松为对照组,连续3个月。治疗后,两组总有效率分别为95.24%和63.49%,治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

随着科学技术的发展及不育症逐年上升的趋势,使我们对男性不育症的诊疗必须要有新的认识和方法。精子膜表面存在AsAb及精子顶体酶异常是男性不育的重要原因,但其病因十分复杂,大部分患者原因不明,现代医学没有现成的、可选择的经验性药物,因此临床疗效不甚理想、且不良反应较多。中医药对男性不育症的认识已有两千多年的历史,在治疗上具有很大的优势和潜力。就临床治疗而言,在当前阶段中西医结合治疗仍是最佳的治疗方法,两者协同作用可提高疗效,缩短治疗周期,减少西药的不良反应和副作用。

5 展望

综上所述,目前中医药在治疗男性免疫性不育症及精子顶体酶活性异常方面的研究已取得了较大的进展。但基础研究起步较晚,还处于初步探索阶段^[27],对其作用机理及靶点尚不十分明确;且目前的研究缺乏统一的疗效判断标准和治疗疗程,使不同研究之间缺乏可比性和可重复性,也难以被现代医学模式认可。因此,在今后一段时间内应参照现代医学研究模式的相关内容,制定出相对统一的中医药研究指导原则,使所取得的研究成果能形成合力并有所突破。

参考文献

- [1] Fox MS, Reijo Pera RA. Male infertility, genetic analysis of the DAZ genes on the human Y chromosome and genetic analysis of DNA repair. *Mol Cell Endocrinol*, 2001, 184(1-2): 41-49.
- [2] 董树林,曲文玉,王立名,等. 精子顶体酶活性定量检测与男性不

- 育病例分析. 中国实用医药, 2011, 6(33): 78-79.
- [3] Madar J, Urbánek V, Chaloupková A, et al. Role of sperm antibodies and cellular autoimmunity to sperm in the pathogenesis of male infertility. Ceska Gynecol, 2002, 67(1): 3-7.
- [4] Dimitrova DK, Kalaidzhiev SK, Nakov LS. Methods for the detection of antisperm antibodies associated with immunologically - mediated human infertility. Akush Ginekol (Sofia), 2002, 41(3): 43-48.
- [5] 王晓威, 张利. 抗精子抗体的研究进展. 中国性科学, 2012, 21(7): 14-15, 47.
- [6] 乜新普. 慢性前列腺炎患者精子表面抗精子抗体检测及其意义. 中华男科学杂志, 2009, 15(8): 750-751.
- [7] 郭应禄, 胡礼泉. 男科学. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 102-206.
- [8] 郝都, 崔云. 男性免疫性不育中医现代研究概况. 中医学报, 2014, 29(188): 90-91.
- [9] Howes L, Jones R. Interactions between zona pellucida glycoproteins and sperm proacrosin/acrosin during fertilization. J Reprod Immunol. 2002, 53(1-2): 181-192.
- [10] 张俊, 丘勇超, 张春光, 等. 顶体酶的研究现状及临床应用价值. 临床医学工程, 2009, 16(9): 105-108.
- [11] 彭宇洪, 刘志刚, 王彬, 等. 枸橼酸克罗米芬治疗精子顶体酶异常的疗效观察. 中国医药科学, 2013, 3(1): 89.
- [12] 郭小桥, 余波澜, 刘见桥, 等. 精子顶体反应及临床应用价值的研究进展. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(12): 5446-5448.
- [13] 唐乾利, 代波, 王权胜, 等. 续断种子方治疗免疫性男性不育的疗效观察. 中医药学报, 2012, 40(5): 68-70.
- [14] 陈文俊, 孙伟. 消抗散治疗免疫性不育临床研究. 山东中医杂志, 2013, 32(2): 81-82.
- [15] 王朋林. 清热活血化痰法治疗免疫性不育 59 例. 河南中医, 2012, 32(12): 1657-1658.
- [16] 郝都, 崔云. 调抗种子汤治疗男性免疫性不育症 34 例. 中国中医药科技, 2014, 21(2): 189.
- [17] 徐泽杰, 郑文华, 李锡主. 前列解毒胶囊治疗男性免疫性不育症 80 例临床观察. 中医药导报, 2014, 20(1): 40-42.
- [18] 李锡主, 郑文华. 自拟精免泰汤治疗男性免疫性不育症 96 例. 广西中医药, 2013, 36(4): 16-17.
- [19] 何旭锋, 刘芳, 沈瑞林, 等. 暖精煎治疗精子顶体酶异常男性不育症 78 例疗效观察. 新中医, 2013, 45(4): 73-75.
- [20] 邓云山. 聚精汤对精子顶体酶异常不育症的疗效观察. 中国性科学, 2012, 21(12): 50-51, 54.
- [21] 谢元平, 吴湘, 伦新, 等. 俞募配穴埋线法对男性免疫性不育症的临床疗效及对 β -内啡肽的影响. 中国医药导报, 2011, 8(11): 87-90.
- [22] 陈定雄, 李群生, 王杰. 自拟水蛭蜈蚣散治疗顶体酶异常男性不育症 60 例疗效分析. 辽宁中医杂志, 2010, 37(9): 1746-1747.
- [23] 李轩, 何清湖, 刘朝圣, 等. 知柏地黄丸对解脲脲原体感染性不育患者精子顶体酶影响的临床观察. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1731-1733.
- [24] 齐凤. 补精丸联合强的松及抗生素治疗男性免疫性不育症 46 例. 中医杂志, 2010, 51(5): 438-439.
- [25] 梁行. 中西医结合治疗免疫性不育症临床研究. 中医学报, 2014, 29(193): 798-799.
- [26] 孙成才. “精免康”联合强的松治疗男性免疫性不育症 63 例临床观察. 江苏中医药, 2011, 43(11): 39-40.
- [27] 刘茜, 武松, 王望九, 等. 免疫性不育阴虚证小鼠模型造模方法研究. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(4): 53-55.

(收稿日期: 2014-09-23)

· 中医性学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.025

麒麟丸联合左卡尼汀治疗少弱精子症疗效观察

储继凯 连庆文 张朝骞 曲明 商家铭 佟艳春 刘佳生

佳木斯市中心医院男科, 黑龙江 佳木斯 154002

【摘要】目的: 探讨麒麟丸联合左卡尼汀对少弱精子症的疗效。方法: 将 120 例男性少弱精子症患者随机分为 3 组, A 组为联合用药治疗组, B 组为左卡尼汀治疗组, C 组为麒麟丸治疗组, 治疗前、后 2 个月对病例进行精液参数分析。结果: 与治疗前相比, A、C 组患者治疗后精子密度及活力提高 ($P < 0.01$), 但 C 组精子活力的改善明显低于 A 组; B 组治疗后精子活力提高, 密度无明显变化。结论: 左卡尼汀联合麒麟丸可提高患者的精子密度和活力。

【关键词】少精子症; 中西医结合疗法; 弱精子症

Curative effect of qilin pill combined with levocarnitine in treating oligoasthenospermia CHU Jikai, LIAN Qingwen, ZHANG Chaoqian, QU Ming, SHANG Jiaming, TONG Yanchun, LIU Jiasheng. Andrology Department, Jiamusi Central Hospital, Jiamusi 154002, China

【Abstract】Objectives: To investigate the effect of levocarnitine and Qilin pill in treating oligoasthenospermia. Methods: 120 patients with male oligoasthenospermia were randomly divided into 3 groups: group A received

combined treatment; group B received levocarnitine therapy and group C received qilin pill. The semen parameters of patients in the three groups were compared before treatment and 2 months after treatment. **Results:** Compared with before treatment, the sperm density and activity of patients in group A and C increased ($P < 0.01$), but the improvement in sperm motility of group C was significantly lower than group A; after treatment the sperm motility in group B was improved but no obvious changes in density. **Conclusions:** Levocarnitine combined qilin pill can improve the sperm density and activity of patients.

【Key words】 Oligospermia; Western medicine and TCM; Asthenospermia

【中图分类号】 R256.56

【文献标志码】

近几年随着人们对人类生殖问题认识的提高以及男科学研究的飞速发展,男性不育的发现率逐步增高,原因多样复杂。据统计,影响男性生育至关重要是男性精子数量和质量也在逐年下降^[1]。左卡尼汀(L2carnitine)即左旋肉碱,是哺乳动物能量代谢中必需的天然物质,目前认为它在有机体内参与细胞能量代谢,其在男性不育症的治疗方面也得到不少临床医生的认可,被广泛应用于少精弱精症患者的治疗方案中^[2-4]。将左卡尼汀与麒麟丸联合应用治疗少弱精子症患者,发现其疗效优于单独服用麒麟丸或左卡尼汀,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

本研究中 120 例为 2011 年 5 月至 2012 年 5 月在佳木斯市中心医院男科就诊的男性不育患者,年龄 24~42 岁,不育病史 1~10 年。根据就诊顺序以数字随机分组方法,将患者分为麒麟丸联合左卡尼汀组(A 组),左卡尼汀组(B 组),麒麟丸组(C 组),每组各 40 例。其中 A 组年龄 25~41 岁,平均(29.5 ± 4.6)岁;不育时间 1.5~9 年,平均(2.7 ± 2.3)年;其中继发性不育 26 例,原发性不育 14 例;精液常规检查诊为少精子症 18 例,弱精子症 13 例,少弱精子症 9 例。B 组年龄 24~42 岁,平均(28.9 ± 5.1)岁;不育时间 1.5~10 年,平均(2.9 ± 2.5)年;其中继发性不育 24 例,原发性不育 16 例;精液常规检查诊为少精子症 16 例,弱精子症 15 例,少弱精子症 9 例。C 组年龄 25~40 岁,平均(28.3 ± 5.1)岁;不育时间 1.5~9 年,平均(2.8 ± 2.1)年,其中继发性不育 29 例,原发性不育 11 例;精液常规检查诊为少精子症 19 例,弱精子症 11 例,少弱精子症 10 例。

1.2 给药方法

A 组 40 例,为麒麟丸及左卡尼汀联合治疗组,给予麒麟丸(太安堂药业提供,批准文号:国药准字 Z10930034)治疗,口服 6g/次,3 次/d,及左卡尼汀口服液(东北制药总厂生产)1.0g,3 次/d,连服 2 个月为 1 个疗程;B 组 40 例,为左卡尼汀治疗组,单纯给予西药左卡尼汀口服液 1.0g,3 次/d,疗程同前;C 组 40 例,为麒麟丸治疗组,单纯给予麒麟丸 6g/次,3 次/d,疗程同前。

1.3 入选标准^[5,6]

(1)精子浓度为 $5 \sim 20 \times 10^6/\text{mL}$, ($a + b$)级精子 $< 50\%$ 或 a 级精子 $< 25\%$,精子活动率 $< 60\%$; (2)精液白细胞 $< 1 \times 10^6/\text{mL}$ 。

1.4 观察指标

疗效指标 主要疗效指标为精液参数的改善,如精子密度和精子活动率。观察指标设定为在治疗前、治疗 3 个月后进行精液分析。参照世界卫生组织制定的《人类精液及精子-宫颈黏液相互作用实验室检验手册(第五版)》^[7],实验严格按照操作

说明书进行。采用 WLJY-9000 型伟力彩色精子质量检测系统(CASA)静态观察系统检测精液相关参数。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 软件包对结果进行分析,所得计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对的 t 检验,组间比较采用方差分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

研究结果显示麒麟丸能够有效改善精子质量和密度^[8],左卡尼汀对精子活力的提高具有较好的作用,但是生精作用相对较弱,联合应用组的精子活力和密度都明显高于单用组。见表 1。

表 1 3 组患者治疗前后精液参数比较

组别	精子密度($10^6/\text{mL}$)		前向活动精子(%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	10.9 ± 5.7	26.5 ± 7.7^{ab}	21.69 ± 6.6	39.41 ± 14.1^{ab}
B 组	13.46 ± 2.0	15.35 ± 7.9	20.91 ± 9.1	34.91 ± 11.2^{ab}
C 组	11.97 ± 3.0	21.77 ± 3.3^{ab}	19.29 ± 6.8	28.39 ± 10.3^a

注:同组内与治疗前相比, a: $P < 0.01$; 同时期与对照组相比, b: $P < 0.01$

3 讨论

少弱精子症是引起男性不育症或生育力下降的主要原因之一,其发病原因复杂,如内分泌紊乱、微生物感染等,有时往往病因并不明确^[9,10]。在治疗方面,因为病因不同其治疗方法也不尽相同。

《素问·上古天真论》中:“丈夫二八,肾气盛,天癸至,精气溢泻,阴阳和,故能有子”。中医理论认为“肾藏精,主生殖”,麒麟丸就是在此理论上研制而成。麒麟丸由制何首乌、菟丝子、覆盆子、郁金、山药、淫羊藿、青皮、党参、枸杞等 15 味中药组成,是在朱丹溪“五子衍宗丸”基础上加强补气血、壮肾阳,使之具有阴中有阳、补而不燥、滋而不腻、守而运化等功效^[11]。

左卡尼汀是人体必需营养剂,一种必需的辅酶。是脂肪酸代谢的重要辅助因子,能促进脂肪酸氧化能,参与精子的能量代谢,为精子运动提供能量,能够改善精子的活力,但在生精功能方面效果并不明显^[12,13]。

麒麟丸在治疗男性少弱精子症方面有较好疗效^[14]。商学军等^[15]在 2010 年进行了大样本多中心阳性药物对照的临床试验研究,发现麒麟丸能明显提高精子的密度和精子活力。通过

实际临床中的应用观察发现,使用麒麟丸联合左卡尼汀治疗男性少弱精子症可弥补左卡尼汀不能有效提高精子密度的不足,能够更全面的治疗少弱精子症,值得临床推广。

中西医结合治疗男性少弱精子症在临床上更有优势互补作用,作用机理更为明确的抗氧化物质,应对环境因素对精子的损伤,提高精子活力。中医从整体出发,调整身体机能,从补肾入手,调节性腺轴的分泌功能,促进精子生成成熟活化全过程,并兼顾血液供应和管道通畅。中西医结合整体和局部兼顾,调节与营养支持并重,效果明显提高,疗程缩短。

少弱精子症带来的危害是男性不育,精子质量也会对胚胎质量有影响,无论对于家庭还是社会乃至民族的影响都十分巨大,中西医相互融合,寻求更为积极有效的治疗方法是男科的重要任务。

参 考 文 献

[1] 王古道. 男性不育症的诊断与治疗现状. 中国临床医生, 2012, 40(9): 24 - 28.

[2] 唐玉亮, 常刚. 左卡尼汀的临床应用进展. 中国药业, 2010(17): 84 - 86.

[3] 吴正沐, 陆湘, 王永卫, 等. 短期应用左卡尼汀在卵细胞胞质内单精子注射治疗少弱精子症中的作用. 中华男科学杂志, 2012, 16(3): 253 - 256.

[4] 王界宇. 左卡尼汀口服液治疗少弱精子症疗效观察. 中国误诊学杂志. 2012(8): 1854 - 1855.

[5] 郭应禄, 胡礼泉. 男科学. 北京: 人民卫生出版社, 2004.

[6] 中华医学会. 临床诊疗指南·辅助生殖技术与精子库分册. 北京: 人民卫生出版社, 2009.

[7] 世界卫生组织. 世界卫生组织人类精液检查与处理实验室手册·5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 191 - 193

[8] 高勇, 万子, 孙祥宙, 等. 麒麟丸联合左氧氟沙星治疗伴有附属性腺感染的弱精子症的临床疗效观察. 中华男科学杂志, 2013, 19(12): 1115 - 1118

[9] 陈在贤. 实用男科学. 北京: 人民军医出版社, 2006.

[10] 何湖清. 中西医结合男科学. 北京: 人民卫生出版社, 2005.

[11] 庄义修, 陈维勤, 蔡宗成. 麒麟丸的制备及临床应用. 中药材, 2004, 27(9): 708 - 709.

[12] Lenzi A, Sgro P, Salacone P, et al. A placebo - controlled double - blind randomized trial of the use of combined Lcarnitine and L - acetyl - carnitine treatment in men with asthenozoospermia. Fertil Steril, 2004, 81(6): 1578 - 1584.

[13] 唐凌峰, 姜辉, 商学军, 等. 精浆左旋肉碱与精子密度、活力和活动率关系的研究. 中华男科学杂志, 2008(8): 704 - 708.

[14] 邓云山, 周金芳, 黎霞云, 等. 麒麟丸联合溴隐亭治疗特发性高泌乳素血症少弱精子症的临床研究. 中华男科学杂志, 2013, 19(10): 940 - 944.

[15] 商学军, 郭军, 陈磊, 等. 麒麟丸治疗少弱精子症的多中心临床疗效观察. 中华男科学杂志, 2011, 17(12): 1139 - 1142.

(收稿日期: 2014 - 08 - 07)

· 中医性学 ·

DOI:10. 3969/j. issn. 1672 - 1993. 2015. 07. 026

填精养肝汤治疗排卵障碍性不孕症的临床研究

黄远峰 陈非凡 马凤彬

东莞市中医院脾胃病科, 广东 东莞 523000

【摘 要】 目的: 观察填精养肝汤治疗排卵障碍性不孕症的临床疗效。方法: 东莞市中医院门诊的 80 例排卵障碍性不孕症患者, 随机分入治疗组和对照组, 治疗组采用填精养肝汤治疗, 对照组采用克罗米芬治疗, 观察治疗前后疗效并互相对比。结果: 治疗组和对照组相比, 治疗疗效差异显著, 具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 填精养肝汤治疗排卵障碍性不孕症的临床疗效显著, 是提高治疗排卵障碍性不孕症的有效方法之一。

【关键词】 不孕症; 排卵障碍; 中医疗法; 填精养肝汤

Efficacy of the “nourishing the liver and filling essence” soup in the treatment of ovulatory dysfunctional infertility HUANG Yuanfeng, CHEN Feifan, MA Fengbin. Department of the Spleen and Stomach Diseases, Dongguan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Dongguan 523000, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the efficacy of the “nourishing the liver and filling essence” soup in the treatment of ovulatory dysfunctional infertility. Methods: 80 patients with ovulatory dysfunctional infertility, from the Outpatient department of Dongguan Hospital of Traditional Chinese Medicine, were randomly divided into

【基金项目】 广东省东莞市科技计划医疗卫生类科研一般项目 (201310515000487)。

【第一作者简介】 黄远峰 (1982 -), 男, 主治医师、医学硕士, 主要从事中医内科、中医妇科临床工作。

treatment group and control group. The treatment group took the “nourishing the liver and filling essence” soup and control group took clomiphene citrate. The outcomes of the patients from the two groups were compared. **Results:** The outcomes of patients in treatment group was much better than the outcomes of patients in control group ($P < 0.05$). **Conclusions:** The “nourishing the liver and filling essence” soup is able to improve the outcomes of patients with ovulatory dysfunctional infertility.

【Key words】 Female infertility; Ovulation failure; Traditional Chinese medicine; “Nourishing the liver and filling essence” soup

【中图分类号】 R271.14

【文献标志码】 A

凡婚后未避孕、有正常性生活、同居2年而未受孕者,称为不孕症。不孕症发病率近年来有逐年升高的趋势,据2001年国家计生委在全国范围内进行的调查分析,在我国原发性不孕症发生率高达17.13%^[1]。不孕症的其中一个重要原因是排卵障碍,不孕症患者中约有25%的妇女有慢性排卵障碍^[2]。排卵障碍性不孕症在中医学中当归属“不孕”之范畴。

现代医学常用克罗米芬进行诱导排卵,作为治疗排卵障碍性不孕症的一种方法,但妊娠率相对较低^[3]。我院马凤彬主任中医师根据多年临床经验,自拟验方填精养肝汤用于治疗排卵障碍性不孕症,收获满意疗效。该方以益肾填精、疏肝养血为法。2013年1月至2013年12月,笔者应用填精养肝汤为本,随症加减治疗排卵障碍性不孕症40例,获得较满意疗效,并与克罗米芬治疗40例进行对照观察。报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 诊断标准 参考《不孕与不育》^[4]及《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定诊断标准:①基础体温测定连续3个月或以上为单相;②B超连续监测1月或以上无优势卵泡发育或卵泡发育不良或卵泡未排出、子宫内膜过薄;③符合肾虚肝郁证的诊断标准:证见婚久不孕,月经先后无定期,腰酸乳胀,情绪不稳,苔薄脉弦细者。

1.1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②所有患者1年内未服过任何促排卵药物治疗;③患者签署知情同意书或者患者自愿加入该试验。

1.1.3 排除标准 ①排除排卵障碍以外原因导致的不孕;②合并有恶性肿瘤或其它疾病致衰竭者;③精神病患者;④对试验药物过敏或其他不适应症者;⑤不同意参加本试验者。

1.1.4 剔除标准 ①治疗中合并使用其他中西医促排卵药物者;②不能配合完成治疗者;③不能配合完成随访观察者;④误诊、误纳者。

1.1.5 一般资料 选取2013年1月1日至2013年12月31日于我院门诊就诊的80例排卵障碍性不孕症患者,采用简单随机数字表法分为治疗组和对照组,两组各40例。治疗组年龄24~40岁,平均28.4岁;病程1~6年,平均37.1月。对照组23~40岁,平均27.9岁;病程1~5年,平均36.5月。治疗组与对照组的患者年龄、病程等一般资料经统计学处理比较后,无明显差异性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法与疗效判定

1.2.1 治疗组 予中药汤剂填精养肝汤口服。方药组成:女贞子15g、旱莲草15g、山药25g、山茱萸15g、制龟板25g、白芍20g、薄荷5g、煅牡蛎25g、北沙参25g、阿胶15g(烊化)、制鳖甲

25g、柴胡10g、白术10g、醋香附10g。水煎服,每日1剂,日2次,早晚分服,月经第5d开始口服,连用15d。本方多为质重滋腻之品,久用有碍脾胃运化,故脾胃虚弱、纳少便溏者,生地黄代之以二至丸,且用谷芽90g另煎代水煎药。

1.2.2 对照组 应用枸橼酸氯米芬片(商品名:法地兰,生产厂家:高特制药有限公司,产品批号:G0403)50mg,每日1次,月经第5d开始口服,用5d。

1.3 监测指标与统计学方法

1.3.1 监测指标 (1)嘱患者行基础体温测定,使用基础体温表记录,于清晨刚醒未活动时使用一般体温表测量口腔温度,于月经周期第5d开始测量记录体温^[8];(2)行阴道B超监测卵泡发育及排卵情况^[9];(3)当B超示优势卵泡直径18~22mm时,取宫颈黏液,采用Insler法行宫颈黏液评分^[10]:0~3分为功能不全,4~7分为功能不良,8~10分为功能良好,11~12分为优秀,2d后经阴道B超检测排卵者,纳入统计数据。(4)统计治疗后1年内受孕数。参照《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》等^[6,7]中对不孕症的疗效判定标准进行拟定:(1)治愈:患者治疗1年内受孕;(2)好转:患者治疗1年内未孕,但B超监测有排卵的月经周期,BBT、宫颈黏液评分改善;(3)无效:患者治疗1年内未孕,B超监测无排卵或卵泡发育不良,BBT、宫颈黏液评分未得到改善。以治愈率与好转率之和作为总有效率。

1.3.2 统计学方法 使用SPSS19.0统计学软件进行数据分析,对计量资料采用 t 检验,对计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义, $P < 0.01$ 为差异为极有统计学意义。

2 研究结果

2.1 治疗结果

两组共80例患者均完成治疗,无中途退出治疗病例。对治疗组、对照组的患者体温双相和宫颈黏液评分进行比较。经统计分析,治疗组患者在治疗后其相关指标均优于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者体温双相以及宫颈黏液评分比较

组别	<i>n</i>	体温双相阳性	宫颈黏液评分
治疗组	40	26(65.0)	8.6 ± 0.8
对照组	40	18(45.0)	6.1 ± 0.9

注:体温双相比较 $\chi^2 = 3.232, P = 0.036 < 0.05$;宫颈黏液评分比较 $t = 23.63, P < 0.01$ 。

对两组疗效进行数据分析,治疗组治疗疗效明显优于对照组,具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表 2 两组治疗疗效比较

组别	n	临床疗效			
		治愈	好转	无效	总有效率
治疗组	40	25(62.5)	10(25.0)	5(12.5)	35(87.5)
对照组	40	17(42.5)	7(17.5)	16(40.0)	24(60.0)

注:比较总有效率, $\chi^2 = 4.444, P = 0.01751 < 0.05$

2.2 不良反应情况

治疗组和对照组均无患者出现不良反应。

3 讨论

《圣济总录》云:“妇人所以无子者,冲任不足,肾气虚寒故也”,肾虚为妇人不孕主要病机。《素问·上古天真论》曰:“女子七岁,肾气盛,齿更发长,二七而天癸至,任脉通,月事以时下,故有子”,本篇最早提出“天癸”一词,并指出天癸是生殖功能盛衰的决定因素,是中医女性生殖的生理病理及其疾病诊治的理论基础。天癸的生理作用是促进人体生长、发育和生殖机能,维持妇女月经和胎孕,维持男子产生精子和具备生育能力所必需的物质,主导人体生殖功能的发展、成熟与衰竭,决定了月事来潮和性生殖功能的强弱。冲脉为血海,任脉主胞胎,任脉通,太冲脉盛,月事以时下。天癸成熟是冲任通盛的前提。故肾、天癸三者的关系为:肾主天癸的产生与成熟,冲任司天癸的通行与生殖器官相连,三者协同作用,以维持人体的性生殖功能。肝主疏泄,与冲任关系密切,天癸的通畅需借助肝的疏泄功能^[11]。罗元恺^[12]进一步提出肾-天癸-冲任-子宫轴的理论,认为排卵障碍多为肾虚所致。由此理论可得出排卵障碍性不孕症其病因病机多为患者先天肾气不足或房事不节,或久病大病或反复流产或半产,耗损肝肾精血,以致天癸乏源,冲任血海空虚,不能摄精为孕。

马凤彬主任中医师用填精养肝汤治疗排卵障碍性不孕症,是以《内经》这一观点作为理论依据的。填精养肝汤之组方则是从清代温病学家叶桂的血肉填精思想启发而来。叶天士认为虚损之证,起于劳欲房室,伤在肝肾,为下元亏虚,精血耗竭之证,与一般的脏腑功能不足不同,不可用寻常草木之品治疗,“非草木攻涤可却”,因为虚损之证,虚在精血,而“精血皆有形,以草木无情之品为补益,声气必不相应”,须用“血肉有情,栽培身内之精血”,其“精气旺者……当以血肉充养”。叶天士治疗虚损病证的基本方法是以血肉有情之品填精补髓,培补肝肾之精血,常用药物有鹿茸、龟板、鹿角胶、紫河车、阿胶、鳖甲、羊肉、鲍鱼、鸡子黄、牛乳、人乳及猪牛羊骨髓等^[13]。填精养肝汤实由三甲复脉汤合逍遥散化裁而成。其组方思路充分地继承了马凤彬主任中医师的导师——全国著名中医临床家何炎燊主任中医师的学术思想,何炎燊认为补肝肾、行气血为不孕症的基本治则^[14]。三甲复脉汤原方首见于清代医家吴鞠通所著之《温病条辨》下焦篇第十四条,原文云:“下焦温病,热深厥深,脉细促,心中憺憺大动,甚则心中痛者,三甲复脉汤主之。”三甲复脉汤用于治疗春温后期,热邪久羁,真阴被灼,水亏木旺,筋脉失养而拘挛,以致手足蠕动,甚则瘈瘲之动风之证,方用加减复脉汤加牡蛎、龟板、鳖甲而成,有滋填肾阴,熄风潜阳之功效。而填

精养肝汤参考三甲复脉汤滋填肾阴之意以龟板、鳖甲、阿胶培补肝肾精血,配以地黄、北沙参、麦冬、白芍以滋肾柔肝,又参入逍遥方意之柴胡、香附、百合以疏肝理气调经,白术、生甘草补脾,全方有益肾填精、疏肝养血之功效。从现代医学角度分析,可能是通过调整下丘脑-垂体-卵巢轴而起到促进排卵,从而提高妊娠率的作用^[15]。同时可配合食疗,常炖服鱼鳔胶、鲍鱼、海参以填补肝肾精血,临床上,必须精确辨证,灵活加减运用。

WHO 预测不孕症将在 21 世纪成为危害人类健康的第三大疾病^[16],其影响是广泛的,目前需迫切找到治疗不孕症的一切可能的有效方法。笔者在临床治疗排卵障碍性不孕症的过程中,认识到临床中只要辨证论治准确,把握好治疗时机,使用填精养肝汤治疗排卵障碍性不孕症确能得到较好的疗效。尤其是在笔者临床实践中,有较多经西医治疗效果不著或无效的患者,应用填精养肝汤辨证施治仍然可以取得较好的效果。故使用填精养肝汤辨证治疗排卵障碍性不孕是可行的治疗方案之一。

参 考 文 献

- [1] 高峻,高尔生. 中国育龄妇女不孕率及其影响因素分析. 中国卫生统计, 2005, 1(22): 26-28.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 445.
- [3] Palomba S, Pasquali R, Orio F, et al. Clomiphene citrate, metformin or both as first - step approach in treating anovulatory infertility in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS): a systematic review of head - to - head randomizes controlled studies and meta - analysis. Clin Endocrinol (Oxf), 2009, 70(2): 311-321.
- [4] 罗丽兰. 不孕与不育. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 213-220.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第一辑. 1993: 276.
- [6] 吴少祯, 吴敏. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准). 北京: 中国中医药出版社, 1999: 550-551.
- [7] See CJ, McCulloch M, Smikle C, al. Chinese herbal medicine and domiphene citrate for anovulation: a meta - analysis of randomized controlled trials. Jaltern Complement Med, 2011, 17(5): 397-405.
- [8] Leon Speroff, Robert H. Glass, Nathan G. Kase. 临床妇科内分泌学与不孕. 济南: 山东科学技术出版社, 2003: 764.
- [9] 常青, 郭丽珍. 经阴式 B 超对女性不孕症卵泡发育及排卵功能的监测及应用. 中国医药导刊, 2009, 11(4): 25-26.
- [10] 敬明辉, 李肖甫, 唐新建. 监测卵泡方法的可靠性与准确性分析. 中国妇幼保健, 2004, 19(12): 27-28.
- [11] 张玉珍. 中医妇科学. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 32-33.
- [12] 罗元恺. 罗元恺论医籍. 北京: 人民卫生出版社, 1990: 38.
- [13] 周晓琦, 王邦才. 叶天士疾病康复调护方法浅述. 浙江中医杂志, 2014, 6(49): 394.
- [14] 叶立昌, 马凤彬. 何炎燊临证试效方. 广州: 羊城晚报出版社, 2010: 183-184.
- [15] 许小凤, 顾颖, 顾灵, 等. 中医药干预在女性不孕症促排卵治疗中的优势探析. 中华中医药学刊, 2012(3): 467-468.
- [16] WHO. Current pratices and controversies in assisted reproduction. Geneva: World health organization, 2002.

(收稿日期: 2015-01-20)

• 生殖健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.027

不同来源精子 ICSI 妊娠结局的初步探讨

于洪君 许蓬 孙晓玲 程东凯 李彩虹 刘吉 李宝山

沈阳东方医疗集团菁华医院辅助生殖实验室, 沈阳 110005

【摘要】 目的:探讨不同来源精子行卵胞浆内单精子注射(ICSI)的治疗结局。**方法:**回顾性分析 2007 年 9 月至 2013 年 4 月在我院行 ICSI 治疗的 3398 个新鲜移植周期。根据精子来源不同分为三组:射精组(A 组)、经皮附睾抽吸取精(PESA)组(B 组)、睾丸切开取精(TESE)组(C 组)。比较 A、B、C 三组的受精率、卵裂率、优质胚胎率、流产率、宫外孕率和早产率,同时评估三组新生儿的低出生体重(LBW)率和出生缺陷的发病率。**结果:**A、B、C 组的入选患者数分别为 2726 个、409 个、263 个;C 组的受精率(77.0%)、卵裂率(96.6%)显著低于 A 组(81.2%与 97.7%)和 B 组(80.8%与 98.2%),均为 $P < 0.05$;B 组的优质胚胎率(53.2%)显著高于 A 组(49.8%)和 C 组(47.9%),均为 $P < 0.05$;B 组的临床妊娠率(48.2%)显著高于 A 组(40.6%), $P < 0.05$ 。A、B、C 三组间流产率(20.1%、16.2%、21.4%)、宫外孕发生率(3.1%、1.0%、0.0%)、早产率(16.9%、17.2%、21.6%)、新生儿低出生体重(LBW)率(17.9%、17.8%、25.6%)和出生缺陷率(0.8%、0.0%、2.5%)比较均无统计学差异, ($P > 0.05$)。**结论:**采用不同来源精子行 ICSI 可获得相近的妊娠结局,未额外增加子代出生缺陷的风险。

【关键词】 卵胞浆内单精子注射;经皮附睾抽吸取精;睾丸切开取精;妊娠结局;出生缺陷

Initial analysis on pregnancy outcomes of ICSI with sperm from different sources YU Hongjun, XU Peng, SUN Xiaoling, CHENG Dongkai, LI Caihong, LIU Ji, LI Baoshan. The Assisted Reproductive Laboratory, Jinghua Hospital, Shenyang Eastern Medical Group, Shenyang 110005, China

【Abstract】 Objectives: To investigate the therapeutic outcomes of intracytoplasmic sperm injection (ICSI) with sperm from different sources. **Methods:** The data of 3398 cases received ICSI, from September 2007 to April 2013 in Jinghua hospital was retrospectively analyzed. Three groups were divided according to the source of sperm, ejaculation group (group A), percutaneous epididymal sperm aspiration (PESA) group (group B) and testicle sperm extraction (TESE) group (group C). The embryo development, pregnancy complications and birth outcomes were compared in the three groups. **Results:** The patient number of group A, B and C were 2726, 409 and 263 respectively. The fertilization rate (77.0%) and cleavage rate (96.6%) in group C were significantly lower than these in group A (81.2% and 97.7%) and group B (80.8% and 98.2%), $P < 0.05$. Good-quality embryo rate (53.2%) of group B was significantly higher than that in group A (49.8%) and group C (47.9%), $P < 0.05$. Clinical pregnancy rate (48.2%) of group B was significantly higher than that in group A (40.6%), $P < 0.05$. There were no significant differences in abortion rate (20.1% vs 16.2% vs 21.4%), ectopic pregnancy rate (3.1% vs 1.0% vs 0%), premature delivery rate (16.9% vs 17.2% vs 21.6%), low birth weight (LBW) rate (17.9% vs 17.8% vs 25.6%) and birth defects (0.8% vs 0% vs 2.5%) among the three groups ($P > 0.05$). **Conclusions:** The therapeutic outcomes of ICSI with different sperm sources are similar and there is no increased risk of additional birth defects.

【Key words】 Intracytoplasmic sperm injection; Percutaneous epididymal sperm aspiration; Testicular sperm extraction; Pregnancy outcomes; Birth defects

【中图分类号】 R711.6

【文献标志码】 A

有文献报道全球约 15% 的不孕不育夫妇中 50% 左右由男性因素引起^[1]。自 1992 年卵胞浆内单精子显微注射(intracytoplasmic sperm injection, ICSI)^[2]问世以来,解决了多数男性不育及常规体外受精(IVF)失败患者的妊娠问题。1993 年 Schoysman 等^[3]报道了无精子症患者应用睾丸精子行 ICSI 获得成功。此后,经皮附睾抽吸(percutaneous epididymal sperm aspiration, PESA)、睾丸切开取精(testicular sperm extraction, TESE)行 ICSI 已作为梗阻性无精子(OA)或非梗阻性无精子(NOA)及射精障碍

患者的常规有效治疗方法。为了进一步了解不同精子来源是否会影响 ICSI 的临床结局及子代安全性,我们回顾性分析了我院应用不同来源精子行 ICSI 治疗后的胚胎发育情况和妊娠结局。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2007 年 9 月至 2013 年 4 月在我院因男性因素不育接受 ICSI 治疗的 3398 个新鲜移植周期纳入本研究。根据所用精子来源差异分三组,射精组(A 组):男方为重度少、弱、畸形精子症,或者取卵日精液处理后密度小于 $2.0 \times 10^6/\text{mL}$,共 2726 个周期;PESA 组(B 组)和 TESE 组(C 组):男方诊断为梗阻性或非梗阻性无精子症,行诊断性附睾或睾丸活检可见成熟精子,分别为 409 个周期和 263 个周期。无精子症为至少经 3 次离心镜

【第一作者简介】 于洪君(1971-),女,副研究员、硕士,主要从事生殖医学临床研究。

检精液未见到精子(除外不射精和逆行射精)。

1.2 方法

1.2.1 卵巢刺激及取卵 采用我中心常规长方案、短方案或拮抗剂方案控制行卵巢刺激,当至少有 2 个优势卵泡直径达到 20mm,并结合雌激素的水平,肌注绒毛膜促性腺激素(HCG, 5000IU/支) 1~2 支,36~38h 后在 B 超引导下经阴道后穹窿穿刺取卵。卵子孵育 4h 左右去除卵丘冠复合物外的颗粒细胞,M II 期卵子待行 ICSI。

1.2.2 精子获取 常规射精组患者取卵前禁欲 3~7d,取卵当日采用手淫方法留取精液标本,应用直接混合离心或密度梯度离心法处理精液,收集活动精子待行 ICSI。PESA 组患者取卵日在局部麻醉下行经皮附睾精子抽吸术,将附睾固定于阴囊皮下,用预先抽进少量培养液的 1mL BD 注射器穿刺附睾头并负压抽吸,直至针管内有淡黄色混浊附睾液体抽出,倒置显微镜下镜检有无活动精子,有活动精子行混合离心法处理,无活动精子可行对侧附睾抽吸。如双侧附睾穿刺均无活动精子,则改行 TESE 术。TESE 组患者于局部麻醉下,在阴囊皮肤做一个小切口,穿过腹膜鞘膜在白膜上做一个或多个小切口,切取一块睾丸组织放入 1006 培养液(美国 Quinn's 产品)中,在解剖显微镜下用两支 1mL BD 注射针撕碎睾丸组织,在倒置显微镜下检测有无精子。将检测到精子的睾丸组织悬液混合离心或微量密度梯度离心制成精子悬液,放入 37℃ 培养箱内孵育待行 ICSI。TESE 镜检见不活动精子,经孵育后常能获得活动精子。

1.2.3 受精、早期胚胎评估及妊娠判定 ICSI 后 16~18h 观察受精,正常受精卵可观察到双原核和两个清晰或碎裂的极体,取卵后第 3d 观察胚胎卵裂,根据卵裂球的数目,均一性,胞浆及碎片比例予以评分,选取 1~2 个最优质胚胎行取卵后第 3d 移植,并给予常规黄体支持。移植后 14d 测血 HCG,阳性为生化妊娠,移植后 35d B 超监测显示妊娠囊及胎心搏动为临床妊娠,临床妊娠包括宫内妊娠和宫外妊娠。

表 2 3 种不同来源精子组胚胎发育情况

	A 组	B 组	C 组
MII 卵子数(<i>n</i>)	9.2 ± 5.4	10.1 ± 5.1 ^a	10.0 ± 5.8
受精率(%)	81.2(20360/25060)	80.8(3324/4116)	77.0(2022/2626) ^c
卵裂率(%)	97.7(18705/19148)	98.2(3038/3093)	96.6(1807/1871) ^c
优质胚胎率(%)	49.8(9319/18705)	53.2(1615/3038) ^b	47.9(865/1807)

2.3 A、B、C 三组妊娠结局及新生儿出生情况比较

三组的平均移植胚胎数没有显著差异,B 组临床妊娠率(48.2%)显著高于 A 组(40.6%),(*P* < 0.05);流产率和宫外

1.2.4 妊娠结局及新生儿随访 随访妊娠有无并发症,分娩时间和方式,新生儿的性别、体重及有无出生缺陷。流产是妊娠不足 28 周而终止者;宫外孕为受精卵在子宫体腔以外着床,包括宫内外同时妊娠;早产是妊娠满 28 周不足 37 周间分娩;低体重儿是指新生儿出生体重小于 2500g;出生缺陷是出生时存在需外科矫正或引起功能障碍的缺陷。

1.3 统计学处理

应用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析,连续型变量根据分布情况采用独立样本 *t* 检验或非参数检验,率的比较采用 χ^2 检验,*P* < 0.05 为有统计学意义。

2 结果

2.1 A、B、C 三组患者一般情况比较

三组患者女方年龄间无显著差异,具有可比性。A 组不孕年限显著高于 B 组、C 组(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 3 种不同来源精子组患者一般情况

	A 组	B 组	C 组
周期数(<i>n</i>)	2726	409	263
女方年龄(岁)	31.6 ± 5.2	30.1 ± 4.6	30.2 ± 5.0
不孕年限(年)	7.0 ± 4.6	6.0 ± 4.1 ^a	6.3 ± 4.6 ^a

2.2 A、B、C 三组胚胎发育情况比较

A 组用于受精 MII 卵子数(9.2 ± 5.4)枚,受精率 81.2%,卵裂率 97.7%,优质胚胎率 49.8%;B 组 MII 卵子数(10.1 ± 5.1)枚,受精率 80.8%,卵裂率 98.2%,优质胚胎率 53.2%;C 组 MII 卵子数(10.0 ± 5.8)枚,受精率 77.0%,卵裂率 96.6%,优质胚胎率 47.9%;A 组 MII 卵子数显著低于 B 组(*P* < 0.05),C 组受精率及卵裂率显著低于 A 组、B 组(*P* < 0.05),B 组优质胚胎率显著高于 A 组、C 组(*P* < 0.05)。见表 2。

孕发生率三组间无显著差异。A、B、C 三组分娩例数分别为 852 例、163 例、88 例,三组的早产率、LBW 率和出生缺陷率比较无统计学差异,(*P* > 0.05)。见表 3。

表 3 三种不同来源精子组妊娠结局及新生儿出生情况

妊娠结局	A 组	B 组	C 组
移植胚胎数(<i>n</i>)	2.2 ± 0.5	2.2 ± 0.4	2.1 ± 0.5
临床妊娠率(%)	40.6(1106/2726)	48.2(197/409) ^a	42.6(112/263)
流产率(%)	20.1(222/1106)	16.2(32/197)	21.4(24/112)
宫外孕率(%)	3.1(34/1106)	1.0(2/197)	0
分娩数(<i>n</i>)	852	163	88
早产率(%)	16.9(144/852)	17.2(28/163)	21.6(19/88)
新生儿数(<i>n</i>)	1049	208	119
LBW 率(%)	17.9(186/1042)	17.8(37/208)	25.6(30/117)
出生缺陷率(%)	0.8(8/1049)	0	2.5(3/119)

3 讨论

近年来,由于受到自然和社会环境等的诸多影响,男性生育力普遍下降,男性不育症的发病率呈逐年上升的态势。ICSI技术作为治疗男性不育症的一种有效手段越来越多地应用于临床,并且获得了良好的治疗结果^[4]。ICSI技术绕过了精子自然选择过程,人工选择单个精子通过显微注射的方法机械性注入卵母细胞质内使精、卵结合,从而获得自己的遗传学后代^[5]。重度少、弱、畸形精子症是ICSI的主要适应症,随着男科手术技术的开展,梗阻性或睾丸衰竭非梗阻性无精子症患者通过PE-SA/TESE获取附睾/睾丸精子行ICSI也能获得自己的后代^[6]。不同的精子来源是否会对ICSI治疗结局造成影响已逐渐引起许多学者的关注^[7],ICSI后子代安全性日益成为关注的焦点^[8]。众多的研究结果存在一定差异,有必要深入探索。

我们的研究结果显示,TESE组受精率、卵裂率显著低于射精组和PESA组,TESE组优质胚胎率显著低于PESA组,这与张志宏等^[9]的研究结果一致,提示睾丸精子ICSI后受精能力和早期胚胎发育能力低于体外射出精子和附睾精子。行TESE术的患者多患有非梗阻性无精子症,存在严重的精子发生障碍,同时未经过在附睾内的成熟过程,睾丸精子较附睾及射出精子成熟度和活动力差,有研究表明睾丸精子核浓缩不完全、头大小不一、有空泡、密度不均、颈部常残留胞质、尾部畸形和染色体异常的比例增加^[10],这些都可能是导致睾丸精子受精能力及早期胚胎发育质量降低的重要原因。

本研究亦发现,PESA组的优胚率和临床妊娠率高于射精组,有统计学差异。分析原因认为:第一,PESA组患者均为梗阻性无精子症,具有正常生精功能,输精管道存在机械性梗阻。而射精组患者多因染色体或基因缺陷、内分泌紊乱、阴囊血运异常或免疫因素引起的精子生成过程异常,表现为严重的精子数量、活动力、形态及遗传物质异常。第二,附睾精子DNA损伤发生率低于射出精子,Greco等^[11]研究发现,同一个体睾丸及附睾精子的DNA断裂较射出精子明显降低,而妊娠率明显增加,这与本研究结果相近。

不同来源的精子,主要表现在其发育成熟过程和成熟度的不同,理论上应对妊娠结局产生一定的影响。但是ICSI技术不经历常规受精过程中的精子获能、顶体反应、与卵透明带识别黏附、卵膜融合等步骤,人为选择单一精子直接注入卵胞浆内完成受精,远远降低了对精子数量、活动力、受精能力的要求^[12-14]。本研究结果显示,射精组、PESA组、TESE组三组的流产率和宫外孕发生率没有显著差异;三组间新生儿早产率、LBW率和出生缺陷发生率也无显著差异,这与Ludwig等^[15]的研究结果一致。尽管TESE组早期胚胎发育质量较射精组和PESA组差,但经过体外培养,并选择最优质胚胎移植,三组间妊娠情况及子代出生结局无差异,这也可能与胚胎在发育过程中的自我修复和纠错功能相关。

总之,无论是采用体外射精获取的精子,还是应用手术方式获取的新鲜PESA/TESE精子行ICSI,都能获得满意的临床妊

娠结局,未增加子代出生缺陷风险。目前研究多局限于不同精子来源对ICSI术后早期胚胎质量和妊娠结局的影响,缺乏对其子代远期预后的研究,还需要全面、大样本的长期追踪观察。

参 考 文 献

- [1] Lee LK, Foo KY. Recent insights on the significance of transcriptomic and metabolomic analysis of male factor infertility. *Clin Biochem*, 2014(47): 973-982.
- [2] Palermo G, Joris H, Devroey P, et al. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet*, 1992,340(8810):17-18.
- [3] Schoysman R, Vanderzwalmen P, Nijs M, et al. Pregnancy after fertilization with human testicular spermatozoa. *Lancet*, 1993, 342(8881):1237.
- [4] 李宏军. 加强对男性不育的认识及诊治规范化. *中华泌尿外科杂志*, 2013,34(6):406-409.
- [5] Semião - Francisco L, Braga DP, Figueira Rde C, et al. Assisted reproductive technology outcomes in azoospermic men: 10 years of experience with surgical sperm retrieval. *The Aging Male*, 2010, 13(1):44-50.
- [6] Tahira NaruM, Nasir Sulaiman, Atiya Kidwai, et al. Intracytoplasmic sperm injection outcome using ejaculated sperm and retrieved sperm in azoospermic men. *Urol J*, 2008(5): 106-110.
- [7] 董瑞娜,郭艺红,孙莹璞,等. 3106个不同来源精子ICSI周期临床妊娠结局分析. *生殖与避孕杂志*, 2013,33(4):233-238.
- [8] Woldringh GH, Besselink DE, Tillema AH, et al. Congenital anomalies and follow-up of children after intracytoplasmic sperm injection with non-ejaculated sperm: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 2010(16):12-19.
- [9] 张志宏,朱海波,张馨月,等. 不同来源精子对卵胞浆内单精子注射治疗结局的影响. *生殖医学杂志*, 2014(23):252-255.
- [10] Palemo GD, Colamberso LT, Hariprasad JJ, et al. Chromosome analysis of epididymal and testicular sperm in azoospermic patients undergoing ICSI. *Hum Reprod*, 2002(17):570-575.
- [11] Greco E, Scarselli F, Iacobelli M, et al. Efficient treatment of infertility due to sperm DNA damage by ICSI with testicular spermatozoa. *Hum Reprod*, 2005, 20(1):226-230.
- [12] 谭巧,刘能辉,李艳萍,等. 不同精子来源及参数对卵胞浆内单精子注射术结局的影响. *中南大学学报(医学版)*, 2011, 36(2):149-153.
- [13] Verza S, Esteves S. Sperm defect severity rather than sperm source is associated with lower fertilization rates after intracytoplasmic sperm injection. *Int Braz J Urol*, 2008, 34(1):49-56.
- [14] 宋成,曾勇,胡晓东,等. ICSI中不同来源精子对临床结局的影响. *中华男科学杂志*, 2009, 15(9):822-824.
- [15] Ludwig M, Katalinic A. Pregnancy course and health of children born after ICSI depending on parameters of male factor infertility. *Hum Reprod*, 2003,18(2):351-357.

(收稿日期:2015-01-12)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.028

子宫动脉栓塞术对产后出血患者卵巢功能的远期影响分析

徐秀英 王宇 刘常燕

达州市中西医结合医院妇产科, 四川 达州 635000

【摘要】目的:探讨子宫动脉栓塞治疗对产后出血患者卵巢功能的远期影响,为其临床应用提供可参考依据。方法:选择 60 例我院诊断为产后出血的产妇,所有患者均行子宫动脉栓塞术治疗,随访 1 年观察患者的疗效,并分析其对卵巢功能的远期影响。结果:38 例产妇月经复潮在术后 3 个月内占 63.3%,19 例月经复潮在术后 4~8 个月内占 31.7%,3 例月经复潮在术后 9~12 个月内占 5.0%。术后 3 个月、6 个月、12 个月与术前比较,月经周期延长、月经量增多患者均明显减少,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与术前相比,术后 3 个月、6 个月、12 个月 E_2 、P、FSH、LH、PRL 水平无明显变化,差异比较无统计学意义($P > 0.05$)。结论:子宫动脉栓塞对治疗产后出血患者并未造成长期的月经异常,且术后对卵巢功能的影响不明显,手术的长期预后较好,值得临床推广应用。

【关键词】 子宫动脉栓塞;产后出血;临床疗效;卵巢功能

The long-term impact of uterine arterial embolization on the ovarian function of patients with postpartum hemorrhage XU Xiuying, WANG Yu, LIU Changyan. Department of Obstetrics and Gynecology, Dazhou Chinese and Western Combined Hospital, Dazhou 635000, China

【Abstract】 **Objectives:** To analyze the long-term impact of uterine arterial embolization on the ovarian function of patients with postpartum hemorrhage after interventional treatment. **Methods:** 60 patients with postpartum hemorrhage were included. All patients were given interventional treatment and followed up for 1 year to analyze the long-term impact for ovarian function. **Results:** 38 patients had menstruation 3 months after surgery, accounting for 63.3%; 19 patients had menstruation 4 to 8 months after surgery, accounting for 31.7%; 3 patients had menstruation 9 to 12 months after surgery, accounting for 5.0%. The number of patients whose menstrual cycle was extended and menstrual quantity was increased significantly reduced 3 months, 6 months and 12 months after the surgery, with statistically significant difference ($P < 0.05$). The differences in E_2 , P, FSH, LH, and PRL after 3 months, 6 months, 12 months were not significant ($P > 0.05$). **Conclusions:** Uterine artery embolization cannot cause long-term menstrual abnormalities nor have obvious influence on the ovarian function of patients with postpartum hemorrhage.

【Key words】 Uterine arterial embolization; Postpartum hemorrhage; Clinical curative effect; Ovarian function

【中图分类号】 R714.46

【文献标志码】 A

产后出血主要是指胎儿娩出后 24h 内出血量超过 500mL,是分娩期最为严重的并发症,如果处理不及时会危及产妇生命^[1]。流行病学研究发现^[2],我国妊娠期产后出血的发生率约占分娩总数的 2%~3%,是引起孕产妇死亡的第一位原因。既往保守治疗不佳的多采用子宫切除治疗,但其对孕妇造成的创伤比较大。血管介入是目前较为先进的方法,具有创伤小、疗效佳、可保留生育功能等优点^[3]。在此背景下,本研究即探讨子宫动脉栓塞治疗对产后出血患者卵巢功能的远期影响,为其临床应用提供可参考依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象

连续收集 2012 年 1 月至 2013 年 12 月入住我院诊断为产

后出血的产妇 60 例作为研究对象,所有产妇均有不同程度失血性休克表现,均行子宫动脉栓塞术治疗,年龄 23~38 岁,平均年龄(28.5 ± 2.9)岁;平均孕周(38.7 ± 1.5)周;经产妇 32 人,初产妇 28 人。产后出血原因分析:28 例为宫缩乏力,12 例为胎盘因素,20 例为妊娠合并症包括妊娠期糖尿病、妊娠期高血压、妊娠期肝内胆汁淤积症等。

1.2 研究方法

术前均常规检查血、尿、便常规,凝血功能、肝功、肾功、电解质、心电图、胸片、碘过敏试验等。所有患者均行局部麻醉,选择右股动脉为穿刺点,采用 Seldinger 技术导入 4F Cobra 导管并留置。采用西门子 AXIDM. Artis DTA 平板 DSA 辅助寻出血部位及动脉,并注入 PVA 颗粒及明胶海绵条,DSA 检查示子宫动脉血流减慢或完全停止后证实栓塞成功。术后穿刺部位加压包扎制动 8~12h,且密切观察患者下肢皮温及足背动脉搏动情况。

1.3 观察指标

所有产妇均随访观察 1 年,记录病情变化。记录孕产妇第 1 次月经恢复时间,术后 3、6、12 个月观察患者的月经周期、月经量,并抽取空腹肘正中静脉血 2mL,3000r/min 离心 5min,储存于 -80℃ 冰箱待检,检查孕产妇血清雌二醇 (E_2)、孕激素 (P)、卵泡刺激素 (FSH)、黄体生成素 (LH)、泌乳素 (PRL) 水平。

1.4 统计学分析

数据处理采用 SPSS17.0 软件包进行。采用 (均数 $\pm$ 标准差) 表示正态分布且方差齐的计量资料,行 t 检验;采用百分数表示计数资料,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 被认为有统计学意义。

2 结果

2.1 子宫动脉栓塞术后疗效观察

介入治疗后疗效观察结果显示:38 例孕产妇月经复潮在术后 3 月内占 63.3%,19 例月经复潮在术后 4~8 月内占 31.7%,3 例月经复潮在术后 9~12 月内占 5.0%。术后 3 个月、6 个月、12 个月与术前比较,月经周期延长、月经量增多患者均明显减少,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);且随着术后治疗时间的延

长,月经异常情况有明显好转。见表 1。

表 1 介入治疗后疗效观察

组别	例数	月经周期延长		月经量增多	
		例数	百分比	例数	百分比
术前	60	38	63.3	22	36.7
术后 3 个月	60	9	15.0	9	15.0
术后 6 个月	60	5	8.3	2	2.3
术后 12 个月	60	1	1.7	0	0.0
F 值		5.191		5.242	
P 值		0.023		0.022	

2.2 子宫动脉栓塞术后对卵巢功能的影响

介入治疗后对卵巢功能的影响结果显示:与术前相比,术后 3 个月、6 个月、12 个月 E_2 、P、FSH、LH、PRL 水平无明显变化,差异比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 介入治疗对卵巢功能的影响

组别	例数	E_2 (pmol/L)	P (pmol/L)	FSH (IU/L)	LH (IU/L)	PRL (pmol/L)
术前	60	69.63 $\pm$ 7.24	0.95 $\pm$ 0.34	11.34 $\pm$ 2.23	9.64 $\pm$ 3.25	19.64 $\pm$ 4.23
术后 3 个月	60	68.65 $\pm$ 6.65	0.84 $\pm$ 0.65	10.15 $\pm$ 2.14	8.65 $\pm$ 4.66	18.64 $\pm$ 5.15
术后 6 个月	60	69.15 $\pm$ 5.36	0.95 $\pm$ 0.34	11.54 $\pm$ 1.94	9.15 $\pm$ 5.37	19.13 $\pm$ 4.34
术后 12 个月	60	70.64 $\pm$ 6.17	1.04 $\pm$ 0.45	9.6 $\pm$ 3.35	10.64 $\pm$ 2.14	20.65 $\pm$ 2.35
Z 值		0.532	0.643	0.653	1.013	0.491
P 值		0.435	0.342	0.317	0.137	0.523

3 讨论

产后出血是产妇产后难以止住的大量出血,是一种非常严重但不太常见的并发症,如果不能及时给予相应的抢救,极易威胁产妇的生命健康^[4]。一般而言产后出血的出血方式多为反复出血,亦可表现为量少而淋漓不止,少部分可突然阴道大量出血,每次出血量在 500mL 以上,严重者可达 2000~3000mL 而致血脱。出血的发生不仅引起失血性休克,且易并发感染。既往对于难以控制的产后出血,子宫切除是其主要治疗方法,但其对孕产妇的创伤比较大,且不能保留孕产妇的生育功能。目前子宫动脉栓塞术被认为是一种治疗损伤小且止血效果比较显著的安全有效的治疗方法^[5]。子宫动脉栓塞术的主要机制为通过栓塞方法堵塞出血动脉,由于其为整个动脉管腔的栓塞,因此即使有交通支的开放,但由于缺乏血液供应亦有较好的止血作用^[6]。

有研究认为^[7,8],子宫动脉栓塞后可以引起卵巢血液供应的不足,进而影响卵巢的正常功能,甚至引起卵巢的早衰。本研究发现 60 例孕产妇中 38 例月经复潮在术后 3 个月内占 63.3%,19 例月经复潮在术后 4~8 个月内占 31.7%,3 例月经复潮在术后 9~12 个月内占 5.0%。术后 3 个月、6 个月、12 个月与术前比较,月经周期延长、月经量增多患者均明显减少;且随着术后治疗时间的延长,月经异常情况有明显好转。可见介

入治疗有较好的疗效,对月经的影响为暂时的、可逆的,并未对患者的月经造成明显的不良影响。本研究进一步分析介入治疗对产后出血患者卵巢功能的远期影响发现,与治疗前相比,术后 3 个月、6 个月、12 个月 E_2 、P、FSH、LH、PRL 水平无明显变化。可见介入治疗后并未影响患者的卵巢功能。刘书花等^[9]选择行介入栓塞治疗获得成功止血的 35 例产后出血患者进行研究发现,22 例 (62.8%) 术后 2~3 个月月经复潮;8 例 (22.9%) 术后 4~8 月月经来潮;5 例 (14.3%) 术后 12 个月内恢复月经。术后 12 月所有患者月经量正常,周期规律。同时患者血管栓塞术前后生殖内分泌激素变化不明显 ($P > 0.05$),栓塞前和栓塞后恢复正常月经来潮的 1 个月、3 个月、6 个月、12 个月的卵泡刺激素、黄体生成素、雌二醇的变化。亦有研究^[10]对产后出血患者分别行子宫切除与子宫动脉栓塞治疗研究发现,子宫切除组患者血中 E_2 、P 水平均较正常对照组低,两者差异有统计学意义,而子宫动脉栓塞组患者血中 E_2 、P 水平与正常对照组比较,两者差异无统计学意义。该研究认为子宫切除术可以对卵巢功能造成影响,而子宫动脉栓塞术相对较安全,对卵巢功能无明显的影响。

分析原因认为可能与本研究采用的 PVA 颗粒 (聚乙烯醇颗粒) 及明胶海绵条为可溶性有关。该栓塞物质一般在栓塞后 3 周左右可被吸收,因此血管可复通。此外栓塞仅仅为整个大动

脉管腔的栓塞,并未影响毛细血管及小动脉,因此可以保证在栓塞物质吸收后血液循环的通畅,避免子宫、卵巢的坏死。亦有研究发现^[11-13],子宫动脉栓塞术中 DSA 检查由于射线亦会对卵巢造成损伤。一般而言,放射剂量超过 200cGy 时即可对卵巢造成损伤,而当放射剂量超过 400cGy 时造成的卵巢损伤不可逆^[14,15]。本研究严格控制 DSA 操作过程中的放射剂量,剂量选择为 (66.4 ± 24.4) cGy,因此未达到引起卵巢损伤的剂量,不会对卵巢造成损伤。

综上所述,本研究显示,子宫动脉栓塞对治疗产后出血患者并未造成长期的月经异常,且术后对卵巢功能的影响不明显,手术的长期预后较好,值得临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 唐英杰,郝占平,刘巧珍,等. 子宫肌瘤子宫动脉栓塞术介入治疗中栓塞剂临床应用对照研究. 陕西医学杂志,2010 (7): 853-854.

[2] Kolas T, Qian P, Skjeldestad FE. Risks for peroperative excessive blood loss in cesarean delivery. Acta Obstet Gynecol Scand, 2010, 89(5): 658-663.

[3] Sentihes L, Gromez A, Clavier E, et al. Fertility and pregnancy following pelvic arterial embolisation for postpartum haemorrhage. BJOG, 2010, 117(1): 84-93.

[4] 杨红灵. 子宫肌瘤不同手术策略对患者卵巢功能和性功能的影响研究. 中国妇幼保健, 2012, 27(29): 4524-4527.

[5] 史云. 张玉珍应用中药配合滋肾育胎丸治疗卵巢功能早衰体会. 世界中医药, 2011, 6(6): 475-476.

[6] Ravina JH, Herbretau D, Ciraru - Vigeron N, et al. Arterial embolization to treat uterine myomata. Lancet, 2009(346): 671-672.

[7] 张军,周应芳,李斌,等. 腹腔镜下卵巢子宫内异位囊肿剥除术不同止血方法对卵巢储备功能的影响. 中华妇产科杂志, 2009, 44(8): 583-587.

[8] 徐菲,陈芊,徐丽娜,等. 钙剂联合卡孕栓预防阴道分娩宫缩乏力性产后出血疗效观察. 海南医学, 2013, 24(16): 2444-2446.

[9] 刘书花,王健,焦清海,等. 介入栓塞治疗对产后出血患者卵巢功能的影响. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(10): 1172-1174.

[10] 岑丹洁,韦美秋. 不同方法治疗剖宫产宫缩乏力性产后出血 17 例疗效分析. 海南医学, 2010, 21(18): 59-60.

[11] 张丽珍,毛琼兰,唐容瑜,等. 对 65 例产后出血相关因素分析. 世界中医药, 2011, 6(1): 43-44.

[12] 史精华,冷金花,宋楠,等. 腹腔镜卵巢子宫内异位囊肿剥除术对卵巢储备功能的影响. 现代妇产科进展, 2010, 19(7): 481-485.

[13] 王丽梅,王树鹤,肖英,等. 超选择经导管动脉栓塞术治疗重度产后出血的临床价值. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2010, 6(1): 33-35.

[14] Cooper S, Ocegüera LM, Danes S. Uterine artery embolization: a vascular surgery procedure? One vascular surgery group's experience. Vascular, 2012, 20(5): 268-272.

[15] Redecha M Jr, Mižicková M, Javorka V, et al. Pregnancy after uterine artery embolization for the treatment of myomas: a case series. Arch Gynecol Obstet., 2013, 287(1): 71-76.

(收稿日期:2014-10-09)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.029

并发子宫肌瘤不孕患者行子宫肌瘤切除术后妊娠情况及影响因素研究

李欣欣¹ 官敏华² 侯长英³

- 1 厦门大学附属成功医院(解放军 174 医院)妇产科,福建 厦门 361000
- 2 厦门大学附属成功医院(解放军 174 医院)内科,福建 厦门 361000
- 3 厦门大学附属成功医院(解放军 174 医院)超声科,福建 厦门 361000

【摘要】目的:研究子宫肌瘤术后对不孕妇女生育结局的影响。方法:选择 2009 年 1 月至 2011 年 4 月在我院行子宫肌瘤手术的 165 例患者为研究对象,收集所有患者临床的基本资料、肌瘤的特征信息以及术后随访信息。结果:不孕妇女行子宫肌瘤术后共有 75 名患者妊娠,总共妊娠 80 次。总的妊娠率为 45.45%。正常活产胎儿数共 58 例,活产率为 72.5%。分娩方式主要是以剖宫产为主,占了 81.03%。将所有研究对象根据妊娠结局的不同,分为妊娠组和未妊娠组,妊娠组和未妊娠组在年龄、不孕时间、不孕类型、肌瘤数目和肌瘤类型等方面比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:并发子宫肌瘤的不孕妇女实行子宫切除术能提高妊娠率和活产率,分娩方式主要以人工分娩为主,患者的年龄越大,肌瘤类型以多发为主,妊娠率越低,故子宫肌瘤患者应该尽早进行外科治疗。

【第一作者简介】李欣欣(1984-),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

【关键词】 子宫肌瘤;不孕;生育结局

The research on reproductive outcomes of hysteromyomectomy treatment for infertile women with uterine fibroids LI Xinxin¹, GUAN Minhua², HOU Changying³. 1. Department of Obstetrics and Gynecology, The Success Hospital affiliated to Xiamen University (174 Hospital of PLA), Xiamen 361000, China; 2. Internal Medicine Department, The Success Hospital affiliated to Xiamen University (174 Hospital of PLA), Xiamen 361000, China; 3. Ultrasonography Department, The Success Hospital affiliated to Xiamen University (174 Hospital of PLA), Xiamen 361000, China

【Abstract】 **Objectives:** To study the reproductive outcome effects of hysteromyomectomy treatment for infertile women with uterine fibroids. **Methods:** 165 infertile women with uterine fibroids after hysteromyomectomy treatment in our hospital from January 2009 to April 2011 were selected. The basic clinical information, feature information fibroids and postoperative follow-up information of all the patients were collected. **Results:** After the surgery, there were 75 pregnancy cases in the total infertile women, 80 pregnant times in total. The overall pregnancy rate was 45.45%. The total number of normal live births was 58 and live birth rate was 72.5%. Cesarean section was the main delivery mode, accounting for 81.03%. All subjects, depending on the outcome of pregnancy, were divided into pregnancy group and non-pregnancy group. The differences in age, time of infertility, infertility type, number of fibroids and fibroid type in the two groups were all statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions:** Hysteromyomectomy for infertile women with uterine fibroids can improve the pregnancy rate and live birth rate. The mode of delivery is mainly artificial birth. With the increasing of patient's age, the type of fibroids is mainly multiple fibroids, and the pregnancy rate is lower. Therefore, patients with uterine fibroids should be surgically treated as soon as possible.

【Key words】 Uterine fibroids; Infertility; Birth outcomes

【中图分类号】 711.74

【文献标志码】 A

子宫肌瘤是一种常见的女性生殖器官的良性肿瘤,也是人体中最常见的肿瘤之一,又称纤维肌瘤^[1]。在正常育龄妇女中,其发病率约为20%~50%。子宫肌瘤是造成妇女不孕或流产的重要危险因素,子宫肌瘤在不孕女性中的发病率约为10%。肌瘤患者的自然流产率也高于正常人群的25%左右^[2],可能是因为巨大的子宫肌瘤能造成宫腔变形,妨碍胚胎的生长发育,还有可能是肌瘤压迫造成输卵管的管腔不通畅,精子与卵子无法汇合^[3]。肌瘤的生长部位、大小、数目均可能对受孕或是妊娠结局产生影响,目前认为,子宫肌瘤切除术是治疗子宫肌瘤行之有效的方法^[4]。但对于行肌瘤切除术后,能使何种类型的肌瘤得到治愈尚不明确。本文主要研究外科治疗子宫肌瘤后对不孕妇女的生育结局的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2009年1月至2011年4月在我院行子宫肌瘤剔除术共165例不明原因不孕患者为研究对象,其中包括行腹腔镜肌瘤切除术的89例,行宫腔镜肌瘤切除术的56例和行开腹肌瘤切除术的共20例。纳入标准^[5]:(1)所有患者的不孕时间 ≥ 1 年,平均 (2.7 ± 3.2) 年;(2)年龄 ≤ 45 岁,有生育要求的女性;(3)术后病理确诊为子宫平滑肌瘤。排除标准^[6]:(1)严重的内科及其他导致不孕的器质性妇科疾病患者,如盆腔粘连、子宫内膜异位症、多囊卵巢综合征、卵巢肿瘤和输卵管病变等疾病者;(2)术后病理为子宫腺肌病;(3)男方精液异常者。

1.2 方法

采用回顾性研究方法,收集所有观察对象基本信息(年龄、

身高、体重)、妊娠情况(不孕类型、不孕时间)和子宫肌瘤特征(切除肌瘤的数目、病理类型、大小直径和肌瘤的位置)等信息。对所有患者进行前瞻性分析,随访8~56个月,平均随访25.6个月,确认患者生育结局。根据所有研究对象的随访生育结局分为妊娠组和未妊娠组,使用统计学软件对收集数据进行分析处理,比较妊娠组和未妊娠组患者的临床资料和肌瘤特点差异。

1.3 统计学处理

采用统计学软件SPSS18.0对数据进行录入和分析,计量资料行 t 检验,表示方式为 $(\bar{x} \pm s)$ 。计数资料以构成比表示,采用 χ^2 检验法。若结果显示 $P < 0.05$,提示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 并发子宫肌瘤的不孕妇女术前受孕情况和肌瘤特点

并发子宫肌瘤的不孕妇女术前的平均年龄为 (32.8 ± 4.2) 岁,其中52.73%的患者年龄在30~38岁之间;平均切除肌瘤的数目是3个,最大肌瘤的直径是9.2cm,平均为 (5.3 ± 2.1) cm。患者的年龄、孕次、不孕类型、肌瘤数目和肌瘤类型等基本情况见表1。

2.2 并发子宫肌瘤不孕妇女外科治疗后生育结局

不孕妇女行子宫肌瘤术后共有75名患者妊娠,总共妊娠80次。总的妊娠率为45.45%(75/165),正常活产胎儿数共58例,活产率为72.5%(58/80)。其中85%的妊娠都是依靠辅助生殖技术实现的。在妊娠结局中,人工流产或是自然流产占15%,分娩方式主要是剖宫产,构成比为81.03%。见表2。

表 1 并发子宫肌瘤的不孕妇女术前受孕情况和肌瘤特点		
临床指标	例数	构成比(%)
年龄(岁)		
<30	32	19.40
30~38	87	52.73
39~45	46	27.88
孕次		
3	12	7.27
2	25	15.15
1	39	23.64
0	89	53.94
不孕类型		
原发不孕	74	44.85
继发不孕	91	55.15
产次		
1	21	12.73
0	144	87.27
肌瘤数目		
单个	53	32.12
多个	112	67.88
肌瘤类型		
黏膜下	29	17.58
浆膜下	13	7.88
肌壁间	78	47.27
浆膜下+肌壁间	45	27.27
肌壁间肌瘤形态		
宫腔居中	65	70.65
宫腔变形	27	29.35

表 2 并发子宫肌瘤不孕妇女外科治疗后生育结局			
		例数	构成比(%)
妊娠方式			
	人工辅助妊娠	68	85.00
	自然妊娠	12	15.00
妊娠结局			
	正常活产儿	58	72.50
	出生缺陷儿	3	3.75
	早产儿	2	2.50
	低出生体重儿	1	1.25
	流产	12	15.00
	异位妊娠	3	3.75
分娩方式	死胎死产	1	1.25
	自然分娩	11	18.97
	人工分娩	47	81.03

2.3 妊娠组和未妊娠组肌瘤特点的比较

将所有观察对象根据妊娠结局的不同,分为妊娠组和未妊娠组,其中妊娠组 75 例,未妊娠组 90 例。结果显示,妊娠组和未妊娠组在年龄、不孕时间、不孕类型、肌瘤数目和肌瘤类型等方面比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。妊娠组的患者具有年龄较小、不孕时间短、以原发不孕类型为主、肌瘤数目以单个为主和肌瘤类型以肌壁间为主等特征。见表 3。

表 3 妊娠组和未妊娠组肌瘤特点的比较					
指标	分组	妊娠组 (n=75)	未妊娠组 (n=90)	统计值	P
BMI(kg/m ²)		22.4±2.5	23.0±2.8	-1.392	0.166
年龄		31.8±2.9	34.5±3.5	-5.328	<0.001
不孕时间(年)		1.5±1.2	2.3±1.1	-4.463	<0.001
肌瘤数目(个)		1.2±0.8	1.3±1.3	-0.581	0.562
最大肌瘤直径(cm)		4.5±2.4	4.6±2.5	-0.261	0.795
不孕类型	原发	38	36	8.920	0.003
	继发	37	54		
肌瘤类型	单发	42	11	13.510	<0.001
	多发	33	79		
肌瘤类型	黏膜下	10	19	10.322	0.016
	浆膜下	9	4		
	肌壁间	42	36		
	浆膜下+肌壁间	14	31		

3 讨论

子宫肌瘤主要是通过改变子宫内膜的容受性、诱发子宫肌层的异常蠕动而导致的不孕^[7]。子宫肌瘤的外科治疗主要是指通过手术切除肌壁间肌瘤来改善子宫的异常蠕动,从而提高不孕妇女的临床妊娠率。本研究结果显示,不孕妇女行子宫肌瘤术后总的妊娠率升高到 45.45%(75/165)和活产率升约至

72.5% (58/80)。

3.1 肌瘤类型影响术后妊娠率

研究表明,并发黏膜下子宫肌瘤的患者妊娠率很低,而行肌瘤切除术后,妊娠率和活产率稍有提高^[8]。浆膜下肌瘤一般不影响妊娠结局,而行切除术后妊娠率也不能得到明显的改善妊娠结局的作用^[9]。肌壁间肌瘤影响妊娠率,但是行切除术后能否提高妊娠率暂时没有明确结论。许多研究均表明浆膜下肌瘤、肌壁间肌瘤、黏膜下肌瘤对妊娠的负面影响逐渐升高^[10]。本研究表明,浆膜下肌瘤患者手术后其成功妊娠率高于黏膜下肌瘤的患者,可能是由于收集患者资料中浆膜下肌瘤的病例较少造成的偏差。黏膜下肌瘤的不孕妇女行肌瘤切除术后其妊娠率升高约 34.45%。

3.2 年龄对并发子宫肌瘤患者术后妊娠的影响

本研究结果提示,BMI、肌瘤数目、肌瘤直径大小均不是患者术后妊娠率的影响因素。而年龄是术后妊娠率的影响因素之一,妊娠组患者的年龄集中在 30 岁左右,而非妊娠组患者年龄均在 35 岁左右,即年龄越高,术后妊娠率越低^[11]。并且,不孕时间的长短也关系患者的妊娠率,不孕时间越长,患者的妊娠率越低。因此,对于那些合并子宫肌瘤的不孕妇女,应该尽早进行检查和手术治疗,早发现疾病,不要耽误最佳治疗时机,手术时间越早,妊娠的机会也越大^[12]。田玉翠等^[13]研究表明,年龄是影响合并子宫肌瘤不孕妇女术后妊娠的危险因素(RR = 1.16)。

3.3 不孕类型对并发子宫肌瘤患者术后妊娠的影响

肌瘤类型与不孕妇女术后妊娠率有关,通过比较妊娠组和非妊娠组的临床资料发现,妊娠组的肌瘤类型主要是以单发为主,而未妊娠组的肌瘤类型以多发为主,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。单发肌瘤由于单个存在,手术容易彻底切除,风险较小^[14]。未妊娠组的不孕类型主要是以继发性为主,继发性不孕主要是指由于流产、卵巢功能障碍、性传播疾病和闭经等原因造成的。对于继发性不孕患者,应该尽少做人流,确需人流也要到正规单位进行,如有炎症的患者,需要彻底治疗,不能盲目进行手术,否则能严重影响妊娠率^[15]。

综上所述,并发子宫肌瘤的妇女在手术后妊娠机会提高,因为妊娠年龄能够影响妊娠率,故患者一旦发现病情立即行肌瘤切除术,不宜推迟太久。肌瘤数目、大小和既往孕史均不影响术后妊娠率。本研究值得改善的地方是没有对未实行子宫切除术患者进行随访,因此不明确其在随访过程中的未进行手术患者的生育结局会不会得到改善。

参 考 文 献

[1] 李从青,张庆龙,卫兵. 子宫动脉栓塞术在妇产科中的应用现状及进展. 安徽医药, 2013, 17(11): 1973-1975.

- [2] 王子莲,吴艳欣. 妊娠合并卵巢肿瘤和子宫肌瘤的诊断及处理. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(10): 785-788.
- [3] Barakat EE, Bedaiwy MA, Zimberg S, et al. Robotic-assisted, laparoscopic, and abdominal myomectomy: a comparison of surgical outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 117(2, Part 1): 256-266.
- [4] Einarsson JI, Chavan NR, Suzuki Y, et al. Use of bidirectional barbed suture in laparoscopic myomectomy: evaluation of perioperative outcomes, safety, and efficacy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2011, 18(1): 92-95.
- [5] Onwuzuruike B, Hamoudi R, Okolo S. Hysteroscopic injection of vasopressin during hysteroscopic myomectomy - a novel technique for large or multiple submucosal fibroids. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2012(119): 216.
- [6] 阮姝,范玲. 围生期子宫肌瘤治疗策略. 中国实用妇科与产科杂志, 2012, 28(12): 888-890.
- [7] Pundir J, Pundir V, Walavalkar R, et al. Robotic-assisted laparoscopic vs abdominal and laparoscopic myomectomy: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2013, 20(3): 335-345.
- [8] Weibel HS, Jarcevic R, Gagnon R, et al. Perspectives of obstetricians on labour and delivery after abdominal or laparoscopic myomectomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2014, 36(2): 128-132.
- [9] 迟新红,贾桂英. 阴式子宫肌瘤剥除术及腹腔镜下子宫肌瘤剥除术两种微创术式的效果观察. 中国妇幼保健, 2014, 29(13): 2128-2129.
- [10] Nash K, Feinglass J, Zei C, et al. Robotic-assisted laparoscopic myomectomy versus abdominal myomectomy: a comparative analysis of surgical outcomes and costs. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2012, 285(2): 435-440.
- [11] Landon MB, Lynch CD. Optimal timing and mode of delivery after cesarean with previous classical incision or myomectomy: a review of the data. *Seminars in Perinatology*, 2011, 35(5): 257-261.
- [12] 林素兰. 两种微创术式剥除子宫肌瘤的临床疗效观察. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2011, 7(4): 273-275.
- [13] 田玉翠,卢丹,魏薇,等. 合并子宫肌瘤的不孕女性行肌瘤剔除术后妊娠相关情况分析. 中国全科医学, 2014, 17(13): 1502-1505.
- [14] 任德宏,汪伟,王畅,等. 肌壁间,黏膜下与浆膜下子宫肌瘤超声消融疗效比较及 12 个月随访结果. 南方医科大学学报, 2014(7): 14.
- [15] 陈咏玫,李智,王爱军. 剖宫产术中挤压法子宫肌瘤剔除与无肌瘤剖宫产的比较研究. 中国微创外科杂志, 2014, 14(7): 594-596.

(收稿日期:2014-09-29)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.030

输卵管妊娠保守外科治疗后不孕患者行通液术的疗效研究

郑道英¹ 续云芳²

1 涪陵九洲妇科医院妇产科, 重庆 408000

2 涪陵中心医院妇产科, 重庆 408000

【摘要】目的:研究输卵管妊娠保守外科手术术后不孕患者的再手术状况,以期评估患者手术后怀孕情况。方法:选取 2007 年 3 月至 2011 年 11 月来我院妇产科就诊的输卵管妊娠保守外科治疗后的不孕患者 165 例,经腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术后,3 个月采用碘油造影以及 B 超检查两种方式复查输卵管再通情况,比较术中与复查时输卵管通畅程度,并随访术后 2 年内患者正常受孕情况。结果:腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术 3 个月后复查,输卵管通畅较差 11 例,一般 73 例,较好 81 例,输卵管可通畅病例数为 154 例,占总数 93.33%,明显高于手术中可通畅病例数 96 例,占总数 58.18%, $P < 0.05$,差异具有统计学意义;165 例患者术后进行 2 年随访,正常受孕 113 例,占总数 68.48%,正常受孕时间最多为术后半年内,为 68 例,占总数 41.21%。结论:经腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术可用于输卵管妊娠保守手术后不孕患者,能够明显提高输卵管通畅率和受孕机会,效果切实可靠,值得临床推广。

【关键词】 输卵管妊娠;保守外科治疗;不孕;腹腔镜;宫腔镜

The effect of hydrotubation on infertility patients after tubal pregnancy conservative surgical treatment

ZHENG Daoying¹, XU Yunfang². 1. Department of Clinical Obstetrics and Gynecology, Fuling Jiuzhou Gynecology Hospital of Chongqing, Chongqing 408000, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Fuling Central Hospital of Chongqing, Chongqing 408000, China

【Abstract】 Objectives: To study the re-surgery condition of infertility patients after conservative surgery for tubal pregnancy in order to assess patients' pregnancy status after surgery. Methods: 165 infertile patients receiving tubal pregnancy conservative surgical treatment, from March 2007 to November 2011 in our hospital, were selected. Three months after the laparoscopy combined fallopian tube intubation hydrotubation, lipiodol radiography and type-B ultrasonic were used to review the ultrasound tubal recanalization condition. The degrees of tubal patency were compared before and after the surgery. A follow-up of 2 years after the surgery was conducted to record the normal pregnancy conditions. Results: Three months after the laparoscopy combined fallopian tube intubation hydrotubation, there were 11 cases with poor tubal patency condition, 73 cases with normal tubal patency condition and 81 cases with good tubal patency condition, with 154 effective case, accounting for 93.33%, which was significantly higher than 96 patency cases (58.18%) during the surgery, with statistically significant difference ($P < 0.05$); the follow-up of 2 years after the surgery showed that there were 113 cases of normal pregnancy, accounting for 68.48%. There were 68 cases with positive conception time up to six months after surgery, accounting for 41.21%. Conclusions: Laparoscopy combined fallopian tube intubation hydrotubation is effective in the treatment of infertile patients after tubal pregnancy conservative surgery, which can significantly improve the chance of tubal patency and pregnancy and worthy of promotion.

【Key words】 Tubal pregnancy; Conservative surgical treatment; Infertility; Laparoscopy; Hysteroscopy

【中图分类号】 R714.22

【文献标志码】 A

输卵管妊娠是异位妊娠中最常见的一种,其病因是由于受精卵种植于输卵管引起。临床表现以停经、腹痛、阴道不规则流血为主,与许多妇科疾病及急腹症较难鉴别^[1]。目前该病的

治疗手段较多,对于年轻且首次妊娠的患者一般采用外科保守治疗,但容易造成不孕^[2]。我院通过对 165 例输卵管妊娠保守外科手术后不孕患者,经腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液后,研究输卵管再通及受孕情况,现报告如下。

【第一作者简介】郑道英(1975-),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

1 资料与方法

1.1 临床资料

应用前瞻性研究,选取我院 2007 年 3 月至 2011 年 11 月收治的所有输卵管妊娠保守外科治疗后不孕患者 165 例。输卵管妊娠诊断标准^[3]:(1)下腹部剧烈疼痛,有或者没有明显的停经史,阴道不规则出血,严重者可有晕厥及休克表现;(2)子宫内无妊娠囊,宫旁回声不均匀的包块内有胚芽、妊娠囊等,可在直肠子宫凹陷发现积液存在;(3)血浆 β -hCG 检测低于同期正常妊娠水平;(4)腹腔穿刺或阴道后穹窿穿刺可抽出暗红色不凝血;腹腔镜检查或诊断性刮宫确诊。不孕诊断标准^[4]:夫妻双方同居 2 年以上,存在正常性生活且无避孕措施情况下未受孕。纳入标准:符合上述输卵管妊娠诊断标准,经过保守外科治疗后月经正常,排卵正常,符合不孕诊断标准,愿意接受经腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗。排除标准:(1)高龄孕妇,糖尿病史;(2)先天性输卵管、子宫发育异常;(3)排除生殖系统肿瘤、盆腔慢性炎症等其他影响正常受孕的疾病。所选取的研究对象年龄为 22~31 岁,平均 (27.81 ± 4.75) 岁;孕次 1~5 次,平均 (2.41 ± 0.73) 次,不孕病程 2~8 年,平均 (3.75 ± 1.28) 年。本研究经医院伦理委员会审查通过。

1.2 方法

手术方法:患者月经结束后 1 周实施,气静联合麻醉,截石位仰卧,建立气腹,常规脐部切口放置腹腔镜,通液管放置于子宫。通过腹腔镜检查输卵管、子宫情况,尽量使输卵管保持自然游离后,宫腔镜自阴道进去,观察子宫内壁情况,并用导丝自输卵管开口处进入输卵管腔,动作轻柔,缓慢进行,确保疏通输卵管的同时尽量不损伤输卵管壁。导丝无法推动时退出,自输卵管注入亚甲蓝,腹腔镜下观察到输卵管伞端亚甲蓝流出,手术顺利完成。所有患者手术后均进行 1 周左右抗生素及抗炎治疗。

复查及随访:所有患者术后 3 个月进行输卵管碘油造影复查,并对受孕情况随访 2 年。

1.3 效果评价标准^[2]

腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术过程中,根据亚甲蓝通过输卵管情况进行评判输卵管通畅情况:通畅较好为亚甲蓝顺畅通过输卵管到达伞端;一般为亚甲蓝可以到达伞部,但流出较慢;较差为亚甲蓝无法到达输卵管伞部。三个月后碘油造影结合 B 超检查可明显显示输卵管粘连堵塞部位,输卵管通畅程度评价根据上述检查结果判断,粘连较重及堵塞者为通畅较差,粘连较轻为一般,无粘连堵塞为较好。输卵管通畅率为通畅情况较好和一般的病例数占总数的百分比。

1.4 统计学分析

计数资料以百分比表示。运用 SPSS18.0 软件,对计数资料进行 χ^2 检验,检验水准设定为 0.05,计数结果以 $[n(\%)]$ 形式表达。当 $P < 0.05$ 时说明有显著差异。

2 结果

2.1 碘油造影结合 B 超检查输卵管情况分析

腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术 3 个月复查,采用碘油造影结合 B 超检查,发现输卵管通畅较差 11 例,一般 73 例,较好 81 例,发生堵塞或严重粘连的部位最常见

于输卵管峡部,占通畅较差总数的 54.55%,发生轻度粘连的部位最常见于输卵管伞部,占通畅一般总数的 36.97%。见表 1。

表 1 碘油造影结合 B 超检查输卵管情况分析

通畅情况	N	间质部	峡部	壶腹部	漏斗部(伞部)
较差	11	2(18.18)	6(54.55)	2(18.18)	1(9.09)
一般	73	13(17.81)	17(23.29)	16(21.92)	27(36.97)

2.2 术中与复查时输卵管通畅情况比较

腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术中发现输卵管可通畅病例数为 96 例,占总数 58.18%;3 个月后碘油造影结合 B 超复查发现输卵管可通畅病例数为 154 例,占总数 93.33%,复查时患者输卵管通畅率明显高于术中($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 输卵管口插管通液治疗术中与复查时输卵管通畅情况比较

组别	N	较差	一般	较好	通畅率
术中	165	69(41.81)	75(45.45)	21(12.73)	96(58.18)
复查	165	11(6.67)	73(44.24)	81(49.09)	154(93.33)
χ^2					55.506
P					<0.05

2.3 患者术后受孕情况分析

所有患者术后进行 2 年随访,随访时间最迟持续到 2013 年 11 月,最终 165 名患者中,正常受孕 113 例,占总数 68.48%,正常受孕时间最多为术后半年内,为 68 例,占总数 41.21%。

3 讨论

输卵管妊娠保守外科治疗可以去除输卵管内妊娠物,虽然保留输卵管解剖结构和功能,但是术后炎症反应,容易引起输卵管堵塞粘连,引起不孕等并发症的发生^[5]。近年来,输卵管妊娠发生后,人们选择保守外科治疗的意愿增加,不孕发生率逐年升高。

随着腹腔镜及宫腔镜技术的日趋成熟,粘连堵塞的输卵管可在腹腔镜直视下,可以插管通液后,通过液体高压将输卵管粘连部分有效分开,解除梗阻,冲刷血块及组织碎片^[6]。腹腔镜可以全面、详细检查盆腔情况,并简单有效的将输卵管粘连松解。通液治疗还可以配合宫腔镜下导丝疏通输卵管间质部、峡部进行,如果液体在输卵管远端积聚,但无法通向腹腔,可在远端膨大近卵巢处扩创^[7]。腹腔镜、宫腔镜协同治疗能准确把握子宫、输卵管、卵巢解剖位置,相互监测相关操作对输卵管疏通情况的影响,并有效避免对附近血管神经的损伤^[8]。大量外国文献报导,腹腔镜探查联合宫腔镜用于妇科手术可以明显提高诊断及治疗的准确率,大大降低手术时间,并有效减少并发症的出现^[9]。

本次研究中,主要对输卵管妊娠保守外科治疗后的不孕患者,采用经腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗,3 个月采用碘油造影以及 B 超检查两种方式复查输卵管再通情况,比较术中与复查时输卵管通畅程度,并随访术后 2 年内患者正常受孕情况。3 个月后复查结果显示,输卵管通畅较差 11

例,一般 73 例,较好 81 例,输卵管可通畅病例数为 154 例,占总数 93.33%,明显高于手术中可通畅病例数 96 例,占总数 58.18%, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。可见通过导丝疏通和液体高压冲洗后,输卵管通畅程度明显好转,粘连堵塞发生可能性下降。165 例患者术后进行 2 年随访,正常受孕 113 例,占总数 68.48%,正受孕时间最多为术后半年内,为 68 例,占总数 41.21%,患者在输卵管疏通后半年内,受孕机会明显增加,部分患者受孕时间较迟可能与术中输卵管损伤有一定关系^[10]。

需要注意的是,存在一部分不孕患者与输卵管通畅程度并无直接关系,其不孕与哪些因素有关值得进一步研究。有报导称,腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗可能会增加病人流产的可能,目前尚无循证医学证据。但不能排除宫腔镜可能会对子宫内部环境有影响作用,术后短期内妊娠容易流产可能与此因素有关^[11],但长远来看,腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术可以明显增加正常受孕的可能^[12-15]。

综上所述,我们认为经腹腔镜探查联合宫腔镜下输卵管口插管通液治疗术可用于输卵管妊娠保守手术后不孕患者,能够明显提高输卵管通畅率和受孕机会,效果切实可靠,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] Calcagno A, Londero AP, Haag T, et al. Surgical treatment of ectopic pregnancy associated with predisposing factors of tuboperitoneal infertility. *Minimally Invasive Therapy and Allied Technologies*, 2013, 22 (1/2): 97-103.

[2] Sammour RN, Mattar E, Arad A, et al. Fetal megacystis in an asymptomatic patient with an intact tubal pregnancy at 11 weeks' gestation. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 2012, 31(8): 1292-1293.

[3] Bignardi T. Transrectal ultrasound - guided surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound In obstetrics & Gynecology*, 2010, 35(4): 481-485.

[4] Kodithuwakku SP, Pang RTK, Ng EHY, et al. Wnt activation down-regulates olfactomedin - 1 in fallopian tubal epithelial cells: A micro-

environment predisposed to tubal ectopic pregnancy. *Laboratory Investigation*, 2012, 92(2): 256-264.

[5] Takemura Y, Osuga Y, Fujimoto A, et al. Increased risk of placenta previa is associated with endometriosis and tubal factor infertility in assisted reproductive technology pregnancy. *Gynecological Endocrinology*, 2013, 29(2): 113-115.

[6] 田松, 王华. 腹腔镜手术联合局部药物注射治疗输卵管妊娠保留输卵管 80 例临床应用. *新疆医科大学学报*, 2008, 31(10): 1464.

[7] Schippert C, Hille U, Bassler C, et al. Organ - preserving and reconstructive microsurgery of the fallopian tubes in tubal infertility: still an alternative to in vitro fertilization (IVF). *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 2010, 26(5): 317-323.

[8] Cordula Schippert, Philipp Soergel, Ismini Staboulidou, et al. The risk of ectopic pregnancy following tubal reconstructive microsurgery and assisted reproductive technology procedures. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2012, 285(3): 863-871.

[9] 谢晓绘, 闫泓霖, 姚艳, 等. 腹腔镜治疗输卵管残端妊娠 1 例. *新疆医科大学学报*, 2009, 32(10): 1504.

[10] 姚桔芳, 付向红. 88 例女性继发性不孕病因分析. *中国性科学*, 2014, 23(5): 77-79.

[11] Yu H - T, Wang C - J, Lee C - L, et al. The role of diagnostic hysteroscopy before the first in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2012, 286(5): 1323-1328.

[12] 葛蓓蕾, 孙静, 吴悦茜, 等. 腹腔镜、腹腔镜联合下行输卵管间质部插管再通术治疗输卵管近端阻塞. *上海医学*, 2010, 33(8): 750-753.

[13] 郭海春, 喻南慧. 腹腔镜腹腔镜联合行输卵管间质部插管再通术治疗输卵管近端阻塞 90 例分析. *浙江临床医学*, 2014(2): 200-201.

[14] 刘荣官. 腹腔镜联合 COOK 导丝介入治疗输卵管近端梗阻的疗效分析. *中外医疗*, 2012, 31(36): 105-106.

[15] 宁飞燕. 宫腹腔镜联合治疗输卵管原因不孕症 136 例分析. *中国妇幼保健*, 2011, 26(24): 3818-3819.

(收稿日期: 2014-09-19)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.031

近足月胎膜早破终止妊娠不同时机及方式的临床对比观察

杨晓英¹ 冯秋红²

1 平山县人民医院妇产科, 石家庄 050400
2 河北医科大学第四医院妇科, 石家庄 050031

【摘 要】 目的: 探讨近足月胎膜早破终止妊娠不同时机及方式的临床效果对比。方法: 回顾性分析

【第一作者简介】 杨晓英 (1975 -), 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

423例近足月、单胎的胎膜早破终止妊娠孕妇的临床资料。按照分娩时间和干预方法分为五组:A组为胎膜早破后12h内剖宫产32例,B组为胎膜早破后12h内缩宫素计划分娩41例,C组为胎膜早破后12~24h剖宫产45例,D组为胎膜早破后12~24h缩宫素计划分娩93例,E组为24h内自然分娩212例。比较五组孕妇的母婴结局。**结果:**B组和D组以及E组的分娩方式间均具有统计学差异($P < 0.01$),五组间产钳率无统计学差异($P > 0.05$)。A、B两组的不良妊娠结局发生率与E组无统计学差异($P > 0.05$),C、D两组与E组存在统计学差异($P < 0.05$),C、D两组间无统计学差异($P > 0.05$)。A、B两组围生儿的不良结局发生率与E组无统计学差异($P > 0.05$),C、D两组与E组存在统计学差异($P < 0.01$),C、D两组间无统计学差异($P > 0.05$)。**结论:**及早进行终止妊娠可以改善足月胎膜早破的妊娠结局,但何种方法对结局无显著影响。

【关键词】 近足月胎膜早破;终止妊娠;临床效果

Clinical effects of pregnancy termination by different time and approaches on preterm premature rupture of the membranes YANG Xiaoying¹, FENG Qiuqiong². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Pingshan County People's Hospital, Shijiazhuang 050400, China; 2. Department of Gynecology, No. 4 Hospital Affiliated to Hebei Medicine University, Shijiazhuang 050031, China

【Abstract】 **Objectives:** To investigate the clinical effects of pregnancy termination by different time and approaches on preterm premature rupture of the membranes. **Methods:** A total of 423 gravidas with preterm premature rupture of the membranes (PPROM) were included in this study. All gravidas were divided into five groups according to different pregnancy termination time and approaches. 32 gravidas in group A were terminated in 12h after PROM by cesarean. 41 gravidas in group B were terminated in 12h after PROM by Oxytocin plan delivery. 45 gravidas in group C were terminated in 12~24h after PROM by cesarean. 93 gravidas in group D were terminated in 12~24h after PROM by Oxytocin plan delivery. 212 gravidas in group E were spontaneous labor within 24h after PROM. The outcome of mother and fetus were analyzed between five groups. **Results:** There was a significant difference in cesarean rate among group B, group D and group E ($P < 0.01$). There was no significant difference in obstetric forceps rate among five groups ($P > 0.05$). The adverse pregnancy outcomes rates in group C and group D were significantly higher than those in other groups ($P < 0.01$). There was no significant difference in adverse pregnancy outcomes rates among group A, group B and group E ($P > 0.05$). The fetus adverse outcomes rates in group C and group D were significantly higher than those in other groups ($P < 0.01$). There was no significant difference in fetus adverse outcomes rate among group A, group B and group E ($P > 0.05$). There was no significant difference of mother and fetus adverse outcomes between group C and group D ($P > 0.05$). **Conclusions:** Timely pregnancy termination can significantly improve the outcomes of preterm premature rupture of the membranes. However, different approaches make no difference.

【Key words】 Preterm premature rupture of the membranes; Pregnancy termination; Clinical effects

【中图分类号】 R169.42

【文献标志码】 A

近足月胎膜早破 (preterm premature rupture of the membranes, PPRM) 是指发生在 32~36 周的胎膜早破^[1]。依据孕周又可分为 32~33 周和 34~36 周,对 32~33 周 PPRM 孕妇应当进行期待治疗而 34~36 周孕妇应当终止妊娠^[2]。过去的研究表明,对于孕周 ≥ 35 周的孕产妇期待时间越长感染的发生率也越高^[3]。然而,也有研究表明随着护理的改进以及预防性抗生素的应用患者发生宫内感染的几率已得到有效控制,相反期待孕产妇自行生产有利于改善母婴结局^[4]。因此,探讨 PPRM 孕产妇终止妊娠的时间和方法具有重要意义。

1 对象与方法

1.1 研究对象

回顾性分析 423 例近足月 (孕周为 32~36 周)、单胎的胎膜早破终止妊娠孕妇的临床资料,均符合 ACOG 指南^[5]中胎膜早破标准,阴道液 PH > 7.0 ,干燥片检查有羊齿状结晶,后穹液镜检有胎脂、毳毛。按照分娩时间和干预方法分为五组:A组为胎膜早破后 12h 内剖宫产 32 例,B组为胎膜早破后 12h 内缩宫素计划分娩 41 例,C组为胎膜早破后 12~24h 剖宫产 45 例,D组

为胎膜早破后 12~24h 缩宫素计划分娩 93 例,E组为 24h 内自然分娩 212 例。其中孕妇年龄为 22~36 岁,平均年龄为 (27.5 ± 3.4) 岁;孕次为 1~3 次,平均为 (1.7 ± 0.9) 次;孕周为 32~36 周,平均为 (34.6 ± 2.1) 周;胎儿出生体重为 3.12~3.84kg,平均为 (3.42 ± 0.45) kg。五组孕妇在年龄、孕次、孕周及胎儿出生体重等方面均无统计学意义差异 ($P > 0.05$),具有统计学可比性。见表 1。

表 1 五组孕妇一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁)	孕次 (次)	孕周 (周)	出生体重 (kg)
A 组	32	27.2 ± 3.2	1.6 ± 0.8	34.2 ± 1.8	3.39 ± 0.42
B 组	41	27.6 ± 3.5	1.7 ± 0.7	34.6 ± 2.3	3.45 ± 0.48
C 组	45	27.4 ± 3.4	1.8 ± 1.0	34.7 ± 2.4	3.37 ± 0.39
D 组	93	27.5 ± 3.6	1.8 ± 0.8	34.5 ± 2.0	3.44 ± 0.47
E 组	212	27.3 ± 3.1	1.6 ± 0.6	34.4 ± 1.9	3.41 ± 0.44

1.2 方法

1.2.1 常规护理 五组孕妇住院后均进行常规 B 超检查、监护胎心,并应用棉签刮取宫颈分泌物进行细菌培养。卧床休息,若胎儿的头部未衔接则孕妇需抬高臀部,每天清洗会阴部保持其清洁。每天进行一次血常规检查、检测 CRP (C 反应蛋白)水平,并且每间隔 4h 检测一次体温、脉搏、胎心率、宫体是否存在压痛感、阴道分泌物有无臭味。胎膜早破时间超过 12h 的孕妇应用广谱抗生素以预防感染的发生。

1.2.2 缩宫素计划 参照常规方法操作。例如:胎心监护 NST (无应激试验,non - stress test) 可疑则行 OCT (缩宫素激惹试验,oxytocin challenge test),缩宫素激惹试验结果为阴性或体温、C 反应蛋白、血白细胞计数检测结果偏高等出现可疑感染征象但还不能确诊为宫内感染的孕妇,则需要马上进行缩宫素计划分娩。

1.2.3 缩宫素计划分娩失败 若孕妇进行缩宫素计划分娩,8~10h 仍未临产则停止应用缩宫素,让孕妇静卧休息 10~12h 之后再行第二次缩宫素计划分娩,如果第二次缩宫素计划分娩 6~8h 还没临产,则视为缩宫素计划分娩失败,即刻行剖宫产。

1.3 诊断标准

胎膜早破、宫内感染、产后出血根据《妇产科学》^[6] 进行诊断;新生儿窒息、感染(发热、脐炎、肺炎、心肌炎、皮肤感染、新生儿败血症)、呼吸窘迫综合征根据《实用新生儿学》^[7] 进行诊断。

1.4 分析指标

(1) 孕妇年龄、孕次、胎儿胎龄、分娩方式、胎儿出血体重。(2) 产后并发症:产后出血、宫内感染、产褥病率。

1.5 统计学方法

应用 SPSS20.0 软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数结果以[$n(\%)$]形式表达,多组间比较采用方差分析,计数资料 χ^2 采用检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 五组胎膜早破孕妇分娩方式比较

最终的分娩方式上,B 组同 D 组与 E 组比较均具有统计学差异($P < 0.05$),五组间产钳助产率无统计学差异($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 五组胎膜早破孕妇分娩方式比较

组别	例数	自然分娩	剖宫产	产钳助产
A 组	32	0 (0.0) * #	32 (100.0)	0 (0.0)
B 组	41	31 (75.6) * #	8 (19.5)	2 (4.9)
C 组	45	0 (0.0) * #	45 (100.0)	0 (0.0)
D 组	93	53 (57.0) *	37 (39.8)	3 (3.2)
E 组	212	212 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
总计	423	296	122	5

注:与 E 组相比 * $P < 0.05$;与 D 组相比 # $P < 0.05$

2.2 五组间孕妇不良结局比较

A、B 两组与 E 组无统计学差异($P > 0.05$),C、D 两组与 E

组存在统计学差异($P < 0.05$),C、D 两组间无统计学差异($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 五组间孕妇不良结局比较

组别	例数	产后出血	宫内感染	产褥病
A 组	32	1 (3.13)	1 (3.13)	2 (6.25)
B 组	41	1 (2.44)	2 (4.88)	1 (2.44)
C 组	45	2 (4.44) *	9 (20.00) *	11 (24.44) *
D 组	93	3 (4.30) *	19 (20.43) *	23 (24.73) *
E 组	212	8 (3.77)	9 (4.25)	7 (3.30)

注:与 E 组相比 * $P < 0.05$

2.3 五组胎膜早破孕妇围生儿情况比较

A、B 两组与 E 组无统计学差异($P > 0.05$),C、D 两组与 E 组存在统计学差异($P < 0.01$),C、D 两组间无统计学差异($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 五组胎膜早破孕妇围生儿情况比较

组别	例数	新生儿窒息	感染	颅内出血	呼吸窘迫综合征
A 组	32	1 (3.13)	1 (3.13)	1 (3.13)	2 (6.25)
B 组	41	2 (4.88)	1 (2.44)	1 (2.44)	1 (2.44)
C 组	45	9 (20.00) *	6 (13.33) *	8 (17.78) *	11 (24.44) *
D 组	93	23 (24.73) *	14 (15.05) *	19 (20.43) *	24 (25.81) *
E 组	212	8 (3.77)	7 (3.30)	9 (4.25)	8 (3.77)

注:与 E 组相比 * $P < 0.05$

3 讨论

未足月胎膜早破对母婴结局影响较大,未足月胎膜早破患者发生难产和母婴并发症发生率均高于健康孕产妇^[8]。胎膜早破的发生原因较多,其中生殖道感染是主要原因^[9]。目前认为,孕龄大于 34 周的孕妇发生胎膜早破后,羊水可以促进蜕膜和子宫肌细胞产生前列腺素而发生宫缩,因此认为 70% 以上的孕妇可以在不进行计划分娩的前提下自行分娩终止妊娠,因此可以进行期待治疗^[10]。然而,有报道指出在胎膜早破发生 24h 后,孕妇感染率会增加 5~10 倍,因此对于足月或孕龄大于 34 周的孕妇应当积极实行计划分娩^[11,12]。目前,在实际临床工作中大多数医院采取等待孕妇自行分娩,若 24h 后仍未临床则进行缩宫素计划分娩,以避免发生羊水栓塞和子宫破裂。对于终止妊娠的方法在指南中则未予限定,但临床上多是使用缩宫素诱导分娩。然而有研究表明,直接行剖宫产手术终止分娩效果优于缩宫素诱导,母婴不良结局发生率较低^[13]。

研究证实,孕期大于 34 周的孕产妇中,24h 内自然分娩的人数为 212 例,占有所有孕妇的 50.1%,且顺产率显著高于 B、D 两组,与已有研究结果相符^[14]。而 B 组孕产妇顺产率显著高于 D 组,提示及早进行终止妊娠有助于提高顺产率。比较五组孕产妇妊娠结局可知,C、D 两组孕产妇发生宫内感染和产褥病的几率均显著高于其他三组,提示及早进行终止妊娠有助于改善孕产妇妊娠结局。其可能的原因是,破膜 24h 内仍未临床者可

能与工具不成熟有关,导致孕产妇发病率增加。同时由于破膜时间较长导致病原微生物与伤口及羊水接触时间较长易增加感染风险。而 A、B 两组和 C、D 两组间均无统计学差异,则提示不同的终止妊娠方法间无统计学差异。而 E 组孕产妇与 A、B 两组间无统计学差异,提示及早进行终止妊娠对孕产妇无不良影响。在比较五组孕产妇的围生儿结局可知五组围生儿均未死亡,提示 34 周及以上胎儿终止妊娠较为安全。而在进一步比较中可知 C、D 两组围生儿发生新生儿窒息和感染的几率均显著高于其他三组,提示及早进行终止妊娠有助于改善围生儿的妊娠结局。胎膜的完整对于羊膜腔具有保护作用,可以预防病原菌进入羊水导致羊膜感染^[15]。随着破膜时间的延长,羊水减少会引发胎儿呼吸窘迫和感染,相应的增加了患儿的痛苦。而 A、B 两组和 C、D 两组间均无统计学差异,则提示不同的终止妊娠方法间无统计学差异。E 组围生儿不良结局发生率与 A、B 两组间比较无统计学差异,提示及早进行终止妊娠对围生儿无不良影响。

综上所述,对于孕龄大于等于 34 周的近足月胎膜早破孕产妇在 12h 内进行终止妊娠有助于改善母婴妊娠结局,终止妊娠的方式可由孕产妇自身和医院共同选择决定。

参 考 文 献

- [1] Aghajanian P. Preterm premature rupture of the membranes. Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology, Fifth Edition, 2010: 5–8.
- [2] Briery CM, Veillon EW, Klauser CK, et al. Women with preterm premature rupture of the membranes do not benefit from weekly progesterone. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2011, 204(1): 54. e1–54. e5.
- [3] Rosenberg VA, Buhimschi IA, Dulay AT, et al. Modulation of amniotic fluid aActivin - A and Inhibin - A in women with preterm premature rupture of the membranes and infection - induced preterm birth. American Journal of Reproductive Immunology, 2012, 67

- (2): 122–131.
- [4] Di Renzo GC, Roura LC, Facchinetti F, et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. Journal of Maternal – Fetal and Neonatal Medicine, 2011, 24(4): 659–667.
- [5] Premenstrual syndrome. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.
- [6] 乐杰. 妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2008.
- [7] 周茂恒. 实用新生儿学. 北京:人民卫生出版社,2003.
- [8] 王泽华, 朱彦霏, 翁佳丽. 晚期胎膜早破与难产的相关性研究. 中国性科学, 2014, 23(6): 79–81.
- [9] 陈妩, 温明芳, 王海雁, 等. 生殖道感染与未足月胎膜早破孕妇的妊娠结局的相关性回顾调查. 中国性科学, 2014, 23(3): 33–35.
- [10] Faksh A, Wax JR, Lucas FL, et al. Preterm premature rupture of membranes ≥ 32 weeks' gestation: impact of revised practice guidelines. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2011, 205(4): 340. e1–340. e5.
- [11] Melamed N, Ben – Haroush A, Pardo J, et al. Expectant management of preterm premature rupture of membranes: is it all about gestational age?. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2011, 204(1): 48. e1–48. e8.
- [12] Van Der Ham DP, Vijgen SMC, Nijhuis JG, et al. Induction of labor versus expectant management in women with preterm prelabor rupture of membranes between 34 and 37 weeks: a randomized controlled trial. PLoS Medicine, 2012, 9(4): e1001208.
- [13] 宋美兰, 贾艳艳. 妊娠晚期未足月胎膜早破 208 例临床分析. 华中科技大学学报: 医学版, 2011, 40(4): 486–489.
- [14] 周毅惠, 周银燕, 曹锋. 未足月胎膜早破 109 例妊娠结局分析. 皖南医学院学报, 2011, 30(4): 305–307.
- [15] 田晓利, 黄丽芬, 程雅洁, 等. 胎膜早破引起新生儿感染的病原菌分析. 中华医院感染学杂志, 2014(12): 80.

(收稿日期:2014–09–19)

• 生殖健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672–1993.2015.07.032

影响阴道分娩产妇产后出血的危险因素分析

赵清香¹ 肖正华²

1 重庆市永川区计生集爱医院产科, 重庆 402160

2 重庆医科大学附属永川医院妇产科, 重庆 402160

【摘 要】目的: 探讨影响阴道分娩产妇产后出血的相关危险因素, 为其临床防治提供可参考依据。方法: 共纳入 50 例入住我院的产妇产后出血的阴道分娩产妇作为病例组, 同时随机抽取 100 例正常分娩无产后出血发生的阴道分娩产妇作为对照组, 详细记录其病史及相关信息。应用多因素回归分析进行产后出血相关危险因素分析。结果: 病例组患者年龄 ≥ 35 岁 27 例占 54.0%, 胎次 ≥ 2 次 26 例占 52.0%, 胎盘滞留 30 例占 60.0%, 胎盘粘连 26 例占 52.0%, 宫缩乏力 27 例占 54.0%, 妊娠高血压 26 例占 52.0%, 经产妇

30 例占 60.0%, 软产道损伤 26 例占 52.0%, 中重度贫血 30 例占 60.0%, 既往有不良孕产史 30 例占 60.0%; 对照组患者年龄 ≥ 35 岁 17 例占 17.0%, 胎次 ≥ 2 次 25 例占 25%, 胎盘滞留 28 例占 28.0%, 胎盘粘连 25 例占 25%, 宫缩乏力 17 例占 17.0%, 妊娠高血压 25 例占 25%, 经产妇 40 例占 40.0%, 软产道损伤 28 例占 28.0%, 中重度贫血 40 例占 40.0%, 既往有不良孕产史 40 例占 40.0%; 两组间差异比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。进一步多因素分析显示胎盘滞留、胎盘粘连、宫缩乏力、软产道损伤是妊娠妇女产后出血发生的独立危险因素 ($P < 0.05$)。结论: 阴道分娩妇女产后出血发生受胎盘滞留、胎盘粘连、宫缩乏力、软产道损伤的影响, 在临床实际工作中对上述可干预因素进行必要的干预, 可能降低产后出血的发生。

【关键词】 妊娠; 产后出血; 危险因素; 多因素分析

The risk factors of postpartum hemorrhage in pregnant women with vaginal delivery ZHAO Qingxiang¹, XIAO Zhenghua². 1. Department of Gynecology, Yongchuan District Family Planning Ji' ai Hospital, Chongqing 402160, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Yongchuan Hospital Affiliated to Medical University of Chongqing, Chongqing 402160, China

【Abstract】 **Objectives:** To analyze the risk factors of postpartum hemorrhage in pregnant women with vaginal delivery. **Methods:** 50 pregnant women of vaginal delivery with postpartum hemorrhage were selected as study group and 100 pregnant women of vaginal delivery without postpartum hemorrhage were selected as control group. The medical history and the related information were recorded in detail. **Results:** The number of patients whose age ≥ 35 , fetal times ≥ 2 , or had placental retention, placental abruption and placenta conglutination, weakness of contractions, gestational hypertension, multipara, soft birth canal injury, moderately severe anemia, abnormal gestation in the study group were 27 (54.0%), 26 (52.0%), 30 (60.0%), 7 (14.0%), 26 (52.0%), 27 (54.0%), 26 (52.0%), 30 (60.0%), 26 (52.0%), 30 (60.0%), 30 (60.0%), respectively. Which in control group were 17 (17.0%), 25 (25.0%), 28 (28.0%), 7 (7.0%), 25 (25.0%), 17 (17.0%), 25 (25.0%), 40 (40.0%), 28 (28.0%), 40 (40.0%), 40 (40.0%). The differences between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). Further multi-factor analysis showed that cesarean section, placental retention, placenta conglutination, weakness of contractions and soft birth canal injury were independent risk factors in pregnant women with postpartum hemorrhage. **Conclusions:** Postpartum hemorrhage in pregnant women of vaginal delivery is related with cesarean section, placental retention, placenta conglutination, weakness of contractions and soft birth canal injury. Intervention measures may reduce the occurrence of postpartum hemorrhage.

【Key words】 Pregnancy; Postpartum hemorrhage; Risk factors; Multiple factors analysis

【中图分类号】 R714

【文献标志码】 A

临床上阴道分娩产后出血主要是指胎儿娩出后 2h 内出血量超过 400mL, 或 24h 内出血量超过 500mL, 其中发生在 2h 内约占 80%, 是分娩期最为严重的并发症, 是引起孕妇死亡的主要原因之一^[1-3]。流行病学研究发现^[4], 我国阴道分娩产妇产后出血的发生率约占分娩总数的 2%~3%, 是引起孕产妇死亡的第一位原因。在此背景下, 本研究即探讨影响阴道分娩妊娠妇女产后出血的相关危险因素, 为其临床防治提供可参考依据。

1 对象和方法

1.1 一般资料

连续收集 2012 年 1 月至 2013 年 6 月入住我院的产妇产后出血的阴道分娩妊娠孕妇共 50 例作为病例组, 年龄 22~39 岁, 平均年龄 (29.6 $\pm$ 3.2) 岁, 平均孕周 (38.7 $\pm$ 1.5) 周; 同时随机抽取 100 例正常分娩无产后出血发生的阴道分娩产妇作为对照组, 年龄 21~39 岁, 平均年龄 (26.5 $\pm$ 3.2) 岁, 平均孕周 (38.6 $\pm$ 1.4) 周。

1.2 方法

所有妊娠孕妇纳入本研究后均详细记录病史及相关信息, 入院后及时完善相关检查、化验, 根据患者病情给予相应的对症支持治疗措施。具体调查内容包括: 年龄 ≥ 35 岁, 胎次 ≥ 2

次, 胎盘滞留, 胎盘早剥, 胎盘粘连, 宫缩乏力, 妊娠高血压, 经产妇, 软产道损伤, 中重度贫血, 既往有不良孕产史 (早产儿、不明原因胎死宫内、巨大儿、新生儿死亡、羊水过多等)。

产后出血量计算方法: (1) 称重法: 分娩前将需要用的敷料、消毒单及垫巾等进行称重, 分娩后收集被血浸透的敷料、消毒单及垫巾, 并存放于塑料袋中进行密封、称重, 相减即为失血量。除以 1.05 可以换算为 mL; (2) 一次性计血量产妇产纸: 将一次性手用秤结合到高分子棉垫中, 产后垫于会阴外, 两头橡胶筋松紧带围腰固定。24h 后取出, 撕破包有手用秤的一角, 即可直接称出血量。本研究采用聚血盆放于产妇臀下计算出出血量, 同时联合称重法相加为第三产程出血量。

1.3 统计学分析

采用 SPSS12.0 软件包进行数据处理。计量资料经检验为正态分布者, 且方差齐者 (均数 $\pm$ 标准差) 采用 t 检验; 偏态分布者, (中位数 - 四分位数间距) 采用 U 检验。计数资料用百分数表示, 组间比较用 χ^2 检验。采用 Logistic 回归分析进行多因素分析。检验 $P < 0.05$ 被认为有统计学意义。

2 结果

2.1 阴道分娩妊娠妇女产后出血发生的单因素分析

阴道分娩产妇产后出血发生的单因素分析结果显示, 年龄

≥35 岁、胎次≥2 次、胎盘滞留、胎盘早剥、胎盘粘连、宫缩乏力、妊娠高血压、经产妇、软产道损伤、中重度贫血、既往有不良孕产史与产妇产后出血的发生存在密切的相关性,两组间差异比较有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 阴道分娩产妇产后出血发生的单因素分析

	对照组 ($n = 100$)	病例组 ($n = 50$)	χ^2	P
年龄≥35 岁	17	27	22.014	0.000
胎次≥2 次	25	26	10.829	0.001
胎盘滞留	28	30	14.393	0.000
胎盘粘连	25	26	10.829	0.001
宫缩乏力	17	27	22.014	0.000
妊娠高血压	25	26	10.829	0.001
经产妇	40	30	5.357	0.021
软产道损伤	28	26	8.333	0.004
中重度贫血	40	30	5.357	0.021
不良孕产史	40	30	5.357	0.021

2.2 阴道分娩妊娠妇女产后出血发生的独立危险因素分析

阴道分娩妊娠妇女产后出血发生的独立危险因素分析结果表明:胎盘滞留、胎盘粘连、宫缩乏力、软产道损伤是妊娠妇女产后出血发生的独立危险因素($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 阴道分娩妊娠妇女产后出血发生的独立危险因素分析

因素	B	S. E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	OR 95% C. I.
胎盘滞留	1.25	0.54	5.42	1	0.020	3.52	1.22 ~ 10.17
胎盘粘连	1.1	0.47	5.54	1	0.019	3.01	1.20 ~ 7.54
宫缩乏力	0.96	0.35	7.73	1	0.005	2.62	1.33 ~ 5.15
软产道损伤	1.25	0.54	5.42	1	0.020	3.52	1.22 ~ 10.17
常量	0.08	0.12	0.45	1	0.501	1.08	

3 讨论

产后出血是分娩期严重的并发症之一,如果不能及时给予相应的抢救,极易威胁产妇的生命健康^[5]。临床上多种因素可以引起产后出血的发生,在积极有效控制产后出血的同时,对相关危险因素早期进行干预可能降低产后出血的发生。

本研究探讨影响阴道分娩产妇产后出血的相关危险因素,单因素分析显示年龄≥35 岁、胎次≥2 次、胎盘滞留、胎盘粘连、宫缩乏力、妊娠高血压、经产妇、软产道损伤、中重度贫血、既往有不良孕产史与阴道分娩产妇产后出血的发生存在密切的相关性;进一步行多因素分析显示胎盘滞留、胎盘粘连、宫缩乏力、软产道损伤是阴道分娩产妇产后出血发生的独立危险因素。王玥等^[6]产后出血相关危险因素分析,单因素分析显示年龄、文化程度低、分娩史、胎盘早剥、胎盘粘连、宫缩乏力、软产道损伤、贫血状况、妊娠高血压病史不同产妇的产后出血发生情况比较差异有统计学意义。多因素 Logistic 回归分析显示文化程度低、宫缩乏力、胎盘粘连为产后出血的危险因素。本研

究未发现文化程度低可以引起阴道分娩产后出血的发生。分析原因认为随着人们生活水平的提高,孕妇及家属对妊娠整个过程均有较为详细的认识,因此可避免相关不良生活习惯,可以更好的进行产前检查并补充相应的营养。

临床上多种因素可以引起阴道分娩痉挛性宫缩的发生,进而使剥离的胎盘嵌闭于宫腔内发生胎盘滞留,最终可影响产妇的正常宫缩,导致产后出血的发生^[7,8]。对于既往有多次刮宫或不良宫腔操作的孕妇,其子宫内膜可能已经损伤,进而容易发生胎盘粘连,使得分娩过程中胎盘难以剥离,且胎盘剥离后易出现剥离面血窦开放而出血过多,增加产后出血的发生^[9-11]。

在妊娠过程中阴道、子宫下段等发生损伤即为软产道损伤,主要原因有分娩过程中骨盆狭窄、胎位不正造成梗阻性难产或使用催产素不当造成子宫破裂;宫颈口未开全时产妇用力屏气,宫缩过强或阴道手术助产造成宫颈裂伤;产程过快、胎儿过大或接产时保护会阴手法不当造成会阴裂伤^[12]。研究发现^[13],临床上约有 70% 的产后出血与宫缩乏力相关,子宫收缩无力可以引起子宫肌纤维对周围血管的有效压迫降低进而发生产后出血。分析原因可能为:(1) 分娩过程中紧张、恐惧及缺乏信心容易出现宫缩不协调;(2) 分娩过程时间比较长,产妇易发生疲劳。研究发现^[14],第 3 产程时间大于 20min 时产妇产后出血风险及出血量明显高于第 3 产程时间 10 ~ 20min 产妇,差异比较有统计学意义($P > 0.05$),该研究认为第 3 产程时间的缩短,是减少因子宫收缩乏力引起的产后出血的关键。目前临床认为改善宫缩乏力的主要措施为及时应用宫缩剂,适当按摩子宫。正常分娩过程中,产妇在胎儿娩出后,子宫肌纤维可以从各个方向对血管进行有效的压迫。临床上常规使用宫缩剂可以增加子宫的收缩力,对于胎盘娩出困难的产妇,及时进行子宫按摩,不仅可以提高子宫的收缩力有利于胎盘的娩出,且可以有效压迫血管而减少出血的发生^[15]。

综上所述,本研究显示,阴道分娩产妇产后出血发生受胎盘滞留、胎盘粘连、宫缩乏力、软产道损伤的影响,是其发生的独立危险因素,在临床实际工作中对上述可干预因素进行必要的干预,可能降低产后出血的发生。

参 考 文 献

- [1] Lu MC, Komt LM, Fridman M, et al. Identifying women most likely to benefit from prevention strategies for postpartum hemorrhage. J Perinatol, 2009, 29(6): 422-427.
- [2] 魏红, 戴哲凡, 黄修治. 子宫压迫缝合术在剖宫产产后出血治疗中的作用分析. 中国性科学, 2014, 23(7): 18-20.
- [3] 井晓莉, 曹国臻. 益母草联合卡孕栓预防产后出血的效果观察. 中国性科学, 2013, 22(10): 75-77.
- [4] 李海霞. 剖宫产产后出血的原因分析及处理体会. 基层医学论坛, 2013, 7(5): 872-873.
- [5] Rohilla M, Raveendran A, Dhaliwal LK, et al. Severe anaemia in pregnancy: a tertiary hospital experience from northern India. J Obstet Gynaecol, 2010, 30(7): 694-696.
- [6] 王玥. 产后出血的危险因素分析和预防措施研究. 天津医药, 2013, 41(9): 924-926.
- [7] 李红梅. 欣母沛预防和治疗产后出血临床效果观察. 基层医学论坛, 2013, 19(5): 2501-2502.

- [8] Kolas T, Qian P, Skjeldestad FE. Risks for peroperative excessive blood loss in cesarean delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2010, 89(5): 658–663.
- [9] 胡群芳. 自然分娩产妇宫缩乏力性产后出血影响因素 Logistic 回归分析. *中国妇幼保健*, 2013, 28(13): 2053–2056.
- [10] 朱素芳, 甄以惠. 前置胎盘合并剖宫产史病例的回顾性分析研究. *中华临床医师杂志*, 2014, 8(20): 3712–3714.
- [11] 王玲. 剖宫产术后子宫切口愈合不良致晚期产后出血的原因分析及诊治. *中国性科学*, 2010, 19(6): 31–33.
- [12] 颜建英, 徐霞, 徐榕莉, 等. 产后出血不同时段出血量的危险因素分析. *实用妇产科杂志*, 2012, 28(3): 201–204.
- [13] A – Zirqi I, Vangen S, Forsen L, et al. Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*, 2009, 201(3): 273e1–e9.
- [14] 黄旭君, 郭晓燕, 谭卫荷, 等. 应用欣母沛预防和治疗宫缩乏力性产后出血的时机探讨. *齐齐哈尔医学院报*, 2010, 31(8): 1201–1203.
- [15] 华少萍, 吴小妹, 曾蓉蓉, 等. 产后出血相关因素临床分析. *中国妇幼保健*, 2013, 28(13): 2074–2076.
- (收稿日期: 2014–10–08)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.033

输卵管妊娠行开腹手术或腹腔镜手术后不孕患者盆腔粘连及输卵管情况对比研究

王素琴¹ 李庆²

1 琼海市妇幼保健院妇科, 海南 琼海 571400

2 三亚市农垦医院妇产科, 海南 三亚 572000

【摘要】目的:研究输卵管异位妊娠保守外科治疗后不孕妇女的再手术情况。**方法:**选取 2011 年 3 月至 2013 年 10 月在我院接受治疗的输卵管异位妊娠保守外科治疗不孕患者 82 例, 包括开腹保守手术和腹腔镜保守手术患者各 41 例, 用腹腔镜观察患者的盆腔粘连程度、患侧及对侧输卵管的形态、伞端状态和管腔畅通情况, 并采用 SPSS17.0 统计软件对数据结果进行分析, $P < 0.05$ 时差异具有统计学意义。**结果:**输卵管不孕作为手术后患者主要不孕因素, 97.56% 手术后患者具有输卵管不孕因素, 包括盆腔粘连、输卵管异常、伞端异常及管腔阻塞。患者均按照两条输卵管计算, 输卵管形态异常发生率为 54.32%, 伞端关闭发生率为 52.47%, 管腔阻塞发生率则为 80.25%, 而在盆腔粘连度方面, 平均发生率为 90.12%, I 度、II 度、III 度和 IV 度发病率分别为 22.17%、31.54%、34.72% 和 1.38%。腹腔镜组与开腹组患侧、对侧输卵管在输卵管形态、伞端形态、管腔阻塞方面, 相比均无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:**输卵管因素作为输卵管妊娠保守手术后的患者主要不孕因素, 具有很高的发病率, 包括盆腔粘连程度和输卵管形态异常、伞端关闭及管腔堵塞。而两种保守手术方式, 开腹保守手术和腹腔镜保守手术, 对继发不孕患者的妊娠情况和生育能力的影响差别并不明显。

【关键词】 输卵管妊娠; 保守手术; 不孕; 腹腔镜; 开腹;

Study on reoperation for infertility women with tubal ectopic pregnancy after conservative surgery WANG Suqin¹, LI Qing². 1. Department of Gynecology, Qionghai Maternal and Child Health Care Hospital, Qionghai 571400, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Sanya City Nongken Hospital, Sanya 572000, China

【Abstract】Objectives: To study the reoperation for infertility women with tubal ectopic pregnancy after conservative surgery. **Methods:** 82 infertility women with tubal ectopic pregnancy in our hospital from March 2011 to October 2013 were selected, including patients having received conservative surgery and laparoscopic conservative surgery, each of 41. The pelvic adhesions, tube shape, fimbriated extremity of fallopian and other factors related with infertility were observed by laparoscopic combined method. The SPSS17.0 statistical software was used to analyze the data, and assumed there was statistical significance if $P < 0.05$. **Results:** As a main factor causing infertility after surgery, tubal infertility was found in 97.56% of patients after surgery, including reasons of pelvic adhesion, fallopian tubes, abnormal umbrella end and lumen obstruction. Two fallopian tubes for all the patients

【第一作者简介】王素琴(1982–), 女, 主治医师, 主要从事妇科临床与研究工作。

was assumed in the calculation; the oviduct morphological abnormality rate was 54.32%; the umbrella end closure rate was 52.47%; the lumen obstruction rate was 80.25%; the average rate of pelvic adhesion was 90.12%; the incidence of I, II, III and IV degrees was 22.17%, 31.54%, 34.72% and 22.17% respectively. The statistical significance was not founded in fallopian tube, umbrella end, lumen obstruction between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusions:** As the main primary factor of infertility for women with tubal ectopic pregnancy after conservative surgery, tubal factor has a very high incidence, including causes of pelvic adhesion, umbrella end closing and lumen blocking. The differences in secondary infertility pregnancy and the impact of fertility for patients receiving the two conservative surgeries are not significant.

【Key words】 Tubal pregnancy; Conservative surgery; Infertility; Laparoscope; Laparotomy

【中图分类号】 714.22

【文献标志码】

输卵管妊娠是一种常见妇科急诊病,约占异位妊娠的95%^[1],通常因为输卵管周围的炎症,从而引起管腔发生阻塞情况,受精卵的正常运行受到阻碍,受精卵在输卵管内驻留、着床、发育,造成流产或破裂。其之前往往无显著迹象,破裂后则可能引发剧烈的腹痛、阴道出血等,患者还可能出现休克晕厥。主要原因包括输卵管炎症、输卵管发育不良及输卵管功能异常、受精卵游走等。检查时常出现腹腔内出血等症状,子宫旁出现包块,血 β -HCG和超声检查可协助诊断。治疗以手术为主,纠正休克的同时开腹探查切除病侧输卵管。药物治疗方面,米非司酮联合氨甲喋呤治疗输卵管异位妊娠具有较好的疗效^[2]。有研究证明对于未生育女性宫外孕患者,保守手术法值得推广^[3]。本文通过临床分析,探讨输卵管异位妊娠保守外科治疗后不孕妇女的再手术状况。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2011年3月至2013年10月在我院接受治疗的输卵管异位妊娠保守外科治疗的不孕患者82例,年龄21~43岁,平均年龄(33.1 $\pm$ 2.7)岁,包括接受开腹保守手术组41例和腹腔镜保守手术组41例,患者不孕时间为2年~13年,平均不孕时间(5.3 $\pm$ 2.0)年。选取标准:患者均符合最后一次妊娠为输卵管妊娠,只有一次输卵管妊娠,并且没有接受过其他腹腔手术。对于患者进行提前病史采集,包括月经规律情况、经期长短、痛经情况、流产情况、盆腔炎、阑尾炎等。两组患者在病史等一般资料方面均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 检查方法

患者都接受腹腔镜探查及腹腔镜监护下用美兰液行输卵管通液术,腹腔镜探查是诊断异位妊娠的有效标准^[4]。对输卵管不孕患者实行宫腹腔镜联合诊治,可以改善治疗效果^[5]。在月经干净4~7d时,事前进行全身麻醉。首先进行腹腔镜探查,主要用来探查子宫形态大小,患侧和对侧输卵管形态,伞端状态、卵巢形状大小及盆腔情况;其次实行腹腔镜监护下置入子宫造影导管向内注入美兰液,美兰是一种芳香杂环化合物,蓝色用于区别出血的红色,注意美兰液是否会从伞端流出,可以用来清楚了解输卵管的通畅情况。

1.3 观察指标

观察比较两组盆腔粘连程度、患侧输卵管情况以及对侧输卵管情况。盆腔粘连情况分为5个等级:盆腔内无粘连为0度;盆腔疏松粘连或无血管性粘连为I度;盆腔致密或血管性粘连较轻,手术条件充分的为II度;盆腔致密或血管性粘连较重,能够

勉强进行手术的为III度;组织间黏合程度不能手术的为IV度。患侧和对侧输卵管情况都包括输卵管形态、伞端形态及管腔通畅情况,观察并记录相关人数。

1.4 统计学处理

采用SPSS17.0统计软件对数据结果进行处理,计量结果用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,均数比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 时差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 手术后患者输卵管不孕情况分析

输卵管不孕作为手术后患者主要不孕因素,实验发现97.56%(80/82)的手术后具有输卵管不孕因素。患者均按照两条输卵管计算,输卵管形态异常发生率为54.32%,伞端关闭发生率为52.47%,管腔阻塞发生率为80.25%,而在盆腔粘连度方面平均发生率为90.12%,I度、II度、III度和IV度分别为22.17%、31.54%、34.72%和1.38%。

2.2 两组患者术后盆腔粘连程度比较

两组患者术后盆腔粘连程度比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组手术后患者盆腔粘连程度比较

盆腔粘连程度	腹腔镜组(例)	开腹组(例)	χ^2	P
0度	5	4	0.683	0.972
I度	9	10	0.805	0.825
II度	15	14	0.894	0.794
III度	12	11	0.996	0.739
IV度	0	2	0.787	0.851

2.3 两组患者手术后患侧输卵管情况比较

术后,两组患者患侧输卵管的形态、伞端形态及管腔通畅情况相比均无显著性差异($P > 0.05$)。见表2。

表2 两组患者手术后患侧输卵管情况比较

输卵管情况	腹腔镜组(例)	开腹组(例)	χ^2	P
输卵管形态	正常	20	0.196	0.718
	异常	21		
伞端形态	正常	10	0.245	0.642
	关闭	31		
管腔通畅情况	通畅	22	0.216	0.691
	阻塞	19		

2.4 两组患者手术后对侧输卵管情况比较

术后,两组患者对侧输卵管的形态、伞端形态与管腔通畅情况相比均无显著性差异($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组手术后患者对侧输卵管情况比较

输卵管情况		腹腔镜组(例) 开腹组(例)		χ^2	P
输卵管形态	正常	18	21	0.128	0.735
	异常	23	20		
伞端形态	正常	7	9	0.486	0.515
	关闭	34	32		
管腔通畅情况	通畅	17	15	0.225	0.669
	阻塞	24	22		

3 讨论

输卵管异位妊娠作为一种妇科常见病,异位妊娠大约占妇科急诊手术的 70%^[5],近年来临床发病率有逐渐升高的趋势^[6],且患者出现低龄化,主要由于受精卵的正常运行受到盆腔炎等因素的影响,运行受阻,无法到达子宫腔正常受孕位置,而在子宫腔外着床发育的异常妊娠。早年,对于其治疗的早期传统手术方法是切除或者部分切除患侧输卵管,缺点是患者患侧输卵管功能丧失,易导致不孕症,且手术切口较大,造成创伤大,恢复时间较长。随着医疗技术的发展,保守手术逐渐得到推广,开腹保守手术较传统手术方法有很大进步,腹腔镜保守手术也因对患者造成的伤害小,恢复时间快^[7]等优势成为应用首选^[8],得到广大患者的认同^[11],成为有生育要求的输卵管妊娠患者较理想的治疗方法^[9]。对于接受输卵管异位妊娠保守手术治疗后的患者的再手术情况的研究也引起极大的兴趣,还出现了反复宫内外同时妊娠的报道^[14]。本文通过观察分析我院收治的 82 例此类患者,探讨输卵管异位妊娠保守手术治疗后不孕患者的再手术情况。

对手术后患者的腹腔镜检查发现,绝大多数患者不孕因素为输卵管出现异常,在其中几个因素中,管腔阻塞、盆腔粘连的发生率很高,超过半数的患者具有输卵管形态异常、伞端关闭,说明输卵管形态异常、伞端关闭、管腔阻塞及盆腔粘连对于患者输卵管不孕有很大的影响。管腔皱褶粘连及部分阻塞导致受孕过程受到阻碍,精子卵子无法正常结合,引发不孕不育。而一些其他疾病如盆腔结核可造成输卵管周围粘连、甚至发生扭曲和僵直,导致输卵管狭窄或者蠕动异常;盆腔易发生肿瘤,肿瘤的牵压扩张会导致输卵管变得细长迂曲,受精受阻;输卵管形态改变及伞端关闭粘连或手术部位瘢痕狭窄,都是延迟或阻止受精卵进入子宫内腔,从而着床在输卵管而发生输卵管妊娠的影响因素,有文献称^[13]腹式手术与腹腔镜手术在宫腔再通方面差异不明显。若输卵管发育不良,输卵管细长迂曲,肌层发育差,黏膜纤毛缺乏,可阻碍受精卵的正常运行,使之无法到达特定着床区域,另外输卵管憩室等先天畸形也可以导致输卵管妊娠,影响生育能力。

本研究还发现腹腔镜保守手术和开腹保守手术对于术后患者的生育能力的影响差别并不明显。两组患者在盆腔粘连程度、输卵管形态、伞端形态及管腔阻塞方面比较均无统计学意义。近几年,由于腹腔镜保守手术创伤小,术后恢复时间短且并发症较少,得到推广应用,成为大家推崇的治疗方式。但

腹腔镜手术给不孕患者带来的生育能力的伤害与开腹保守手术区别并不明显,手术方式对患者的生育能力无影响,而输卵管异位妊娠本身病变及炎症的发展与生育能力有关,有关研究^[10]证明保守治疗妊娠率明显高于切除输卵管。手术操作中或许有些轻微影响,但输卵管妊娠本身的病变炎症是最大影响因素,输卵管慢性炎症常导致管腔粘连阻塞,而阑尾炎及子宫内膜异位症导致的输卵管周围粘连,致使输卵管狭窄、部分阻塞,给患者造成不孕不育。王海花^[12]证明再次异位妊娠与治疗手段关联不明显,间接证明了我们的结果。腹腔镜也有相关劣势,近来研究^[15,16]称腹腔镜可能引发持续性且很难治愈的异位妊娠。总之,输卵管因素是输卵管妊娠保守手术后患者主要的不孕因素,盆腔粘连程度和输卵管形态异常、伞端关闭及管腔堵塞都会影响生育,而开腹保守手术和腹腔镜保守手术对继发不孕患者的妊娠情况和生育能力的影响差别并不明显。

参 考 文 献

[1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学. 8 版. 北京:人民卫生出版社. 2013:51-58.

[2] 江琴. 米非司酮联合氨甲喋呤治疗输卵管异位妊娠的临床研究. 中国性科学, 2012, 21(7): 32-34.

[3] 汪光慧, 江飞云. 保守性手术治疗输卵管妊娠的临床疗效分析. 皖南医学院学报, 2011, 30(1): 59-60.

[4] 周秀萍. 腹腔镜手术与开腹手术治疗异位妊娠的比较分析. 中国妇幼保健, 2010, 40(36): 5510-5511.

[5] 田玉玲, 宋晓军, 齐亚新, 等. 经腹腔镜手术与开腹手术保守治疗输卵管妊娠的对比研究. 河北医学, 2010, 32(6): 714.

[6] 陈华, 余宁珠. 电视腹腔镜治疗输卵管妊娠 121 例分析. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 16(11): 433-434.

[7] 岳春华. 腹腔镜保守治疗对输卵管妊娠的疗效及对再次妊娠的影响. 医学临床研究, 2013, 30(7): 1427-1428.

[8] 佟玉涛, 李庆芬. 腹腔镜保守手术治疗输卵管妊娠的临床观察. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(11): 1185-1186.

[9] 戚桂杰, 易建平, 王雪梅. 两种输卵管妊娠保守治疗方法对再次妊娠结局的影响. 腹腔镜外科杂志, 2011, 16(5): 352-353.

[10] Calcagno A, Londem AP, Haag T, et al. Surgical treatment of ectopic pregnancy associated with predisposing factors of tuboperitoneal infertility. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2012, 22(5): 389-396.

[11] Shrestha J, Saha R. Comparison of laparoscopy and laparotomy in the surgical management of ectopic pregnancy. J Coll Physicians Surg Pak, 2012, 22(12): 760-764.

[12] 王海花. 四种不同方式治疗输卵管异位妊娠临床疗效分析. 中国药物与临床, 2013, 13(zl): 59-61.

[13] 李琴, 王彩霞, 张海波, 等. 不同治疗方法对输卵管异位妊娠患者管腔形态恢复及通畅的影响. 山东医药, 2014, 54(24): 7-9.

[14] 万琪, 耿丽红, 钟影. 异位妊娠 6 次 1 例. 实用妇产科杂志, 2014, 30(2): 158.

[15] Yoon BS, Park H, Seong SJ, et al. Single-port versus conventional laparoscopic salpingectomy in tubal pregnancy: a comparison of surgical outcomes. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2011, 159(1): 190.

[16] 俞碧霞, 秦月菊. 透明质酸钠对腹腔镜手术治疗输卵管妊娠术后受孕率的影响. 中国现代医生, 2015(6): 29-31.

• 生殖健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.034

自由体位分娩在阴道分娩中的应用效果观察

邓燕¹ 俞丽丽²

1 奉节县妇幼保健院妇产科,重庆 404600

2 第三军医大学大坪医院妇产科,重庆 400042

【摘要】目的:探讨自由体位分娩在阴道分娩中的应用效果及安全性。方法:选择我院2012年1月至2013年1月收治的141例产妇作为研究对象,按随机分为实验组和对照组,对照组产妇采用常规体位分娩,实验组产妇采用自由体位分娩,比较两组产妇分娩结局、产程、生殖道损伤情况、新生儿Apgar评分以及不良事件发生情况。结果:实验组产妇顺产率高于对照组,而剖宫产率、会阴Ⅰ度裂伤、宫颈裂伤以及会阴侧切发生率低于对照组,且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。实验组产妇第一产程、第二产程、第三产程以及总产程时间均远低于对照组产妇,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组新生儿Apgar评分和新生儿窒息发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。实验组产妇产后出血率低于对照组产妇,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:自由体位分娩可加快产程进展,顺产率高,生殖道损伤和产后出血发生率低。

【关键词】自由体位;阴道分娩;产程

The effects of free position delivery in vaginal delivery DENG Yan¹, YU Lili². 1. Department of Obstetrics and Gynaecology, Fengjie County Maternal and Child Care Service Centre, Chongqing 404600, China; 2. Department of Obstetrics and Gynaecology, Daping Hospital of Third Military Medical University, Chongqing 400042, China

【Abstract】Objectives: To evaluate the effects of free position delivery in vaginal delivery. Methods: 141 puerpera in our hospital from February 2012 to February 2013 were chosen and divided into experimental group and control group. Control group adopted routine position delivery, and the experimental group adopted free position delivery, and the outcome of delivery, birth process, reproductive tract injury, Apgar score of neonates and adverse events were compared. Results: The spontaneous delivery rate of experimental group was higher than the control group, and the cesarean section rate, perineal I degree laceration, cervical laceration and episiotomy rate lower than that of the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). The first stage of labor, the second stage of labor, third stage of labor and total stages of labor of experimental group were far shorter than those of the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). The two groups had no significant difference in neonatal Apgar score and neonatal asphyxia rate ($P > 0.05$). The postpartum hemorrhage volume of experimental group was lower than the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). Conclusions: Free position can accelerate the progress of labor, with a high rate of spontaneous delivery and low incidence of reproductive tract injury and postpartum hemorrhage.

【Key words】Free position; Vaginal delivery; Labor

【中图分类号】R714

【文献标志码】A

在既往较长的一段时间里,仰卧位的常规分娩体位被认为是最为安全、有效的分娩体位。但是近年来有研究证实,仰卧位的应用效果被高估^[1]。相反其还可能因腰椎曲度增加、骨盆可塑性受限以及宫颈无法完全扩张等原因导致一系列不良事件的发生,如胎儿窒息率和难产率高、产程时间长等。近年来,自由体位分娩被逐渐应用到临床上,也取得了广泛的好评。走、站、蹲等体位以往被视为违背生理体位,可对分娩造成严重不良影响,但近年来的临床应用却获得了相反的结论^[2]。为给临床分娩体位选择提供理论依据,笔者选择我院收治的141例产妇作为研究对象进行随机对照研究,对自由体位分娩在阴道分娩中的应用效果及安全性进行探讨,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2012年1月至2013年1月于我院进行生产的141例产妇全部作为研究对象,所有入选产妇均为初产妇,单胎,胎位均为头位,排除合并头盆不称或合并严重并发症产妇。本次研究经我院医学伦理委员会批准,并取得产妇知情同意书签署。将141例产妇随机分为实验组和对照组。实验组产妇71例,年龄23~34岁,平均年龄为(27.31±3.92)岁;孕周38~41周,平均孕周为(39.15±2.03)周。对照组产妇70例,年龄22~35岁,平均年龄(27.49±3.88)岁;孕周37~41周,平均孕周为(39.38±2.09)周。两组产妇在年龄、孕周等一般资料方面比较差异无统计学意义,可比性良好($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

实验组产妇采用自由体位进行分娩。在产前对产妇进行健康知识宣教,对自由生产的原理、方法和优缺点进行普及,使

【第一作者简介】邓燕(1974-),女,主治医师,主要从事妇产科临床诊治与研究工作。

产妇对自由体位分娩有较为全面的掌握,以提高自由体位分娩质量。产妇可根据自身生理特征和需求选择分娩体位:(1)站位,产妇双手扶住扶手,站在床尾,或手扶扶手,背靠墙站立;(2)坐位:产妇脚踩支架,手扶扶手,坐于产床中央;(3)侧卧:产妇取高坡侧卧位,胸部贴近床面;(4)跪位:产妇双腿分开,采用双腿同跪或单腿下跪姿势,上身趴在床面尽可能保持直立。在分娩过程中,助产士应严密监视,根据实际情况辅助、指导产妇调整状态和方法,并做好接生工作。对照组采用常规体位分娩,产妇取平卧位或侧卧位,至宫口开全时采用膀胱截石位至分娩。

1.3 观察指标

(1)分娩结局:包括顺产、阴道助产和剖宫产三种分娩方式;(2)产程时间:对第一产程、第二产程、第三产程以及总产程所花时间进行详细记录;(3)生殖道损伤情况:包括会阴Ⅰ度裂伤、会阴Ⅱ度裂伤、会阴Ⅲ度裂伤、宫颈裂伤以及会阴侧切五种类型;(4)新生儿身体状况:采用 Apgar 评分对新生儿身体状况进行评价并作记录;(5)不良事件:对整个分娩过程中的不良事件进行记录以待分析。

1.4 统计学方法

对本临床研究的所有数据采用 SPSS20.0 进行分析,对计数资料采用 χ^2 检验,对计量资料采用 t 检验,检验水准设定为

$\alpha = 0.05$,当 $P < 0.05$ 时,认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇分娩结局对比

实验组产妇顺产率高于对照组,而剖宫产率低于对照组,且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。但两组产妇阴道助产率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇分娩结局对比

组别	例数	顺产	阴道助产	剖宫产
实验组	71	56(78.87)	5(7.04)	10(14.08)
对照组	70	38(54.29)	6(8.57)	26(37.14)
χ^2		9.589	0.115	9.857
P		0.003	0.473	0.001

2.2 两组产妇产程时间对比

实验组产妇第一产程、第二产程、第三产程以及总产程时间均远低于对照组产妇,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组产妇产程时间对比

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程
实验组	71	253.61 ± 101.84	39.24 ± 18.17	5.03 ± 2.94	291.36 ± 122.47
对照组	70	349.08 ± 197.25	71.35 ± 36.09	7.57 ± 3.76	431.11 ± 235.52
t		36.523	27.819	6.052	38.036
P		0.000	0.000	0.019	0.000

2.3 两组产妇生殖道损伤情况对比

实验组产妇会阴Ⅰ度裂伤、宫颈裂伤以及会阴侧切发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),而会阴Ⅱ、Ⅲ度裂伤两组产妇比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

实验组产妇会阴Ⅰ度裂伤、宫颈裂伤以及会阴侧切发生率

表 3 两组产妇生殖道损伤情况对比

组别	例数	会阴Ⅰ度裂伤	会阴Ⅱ度裂伤	会阴Ⅲ度裂伤	宫颈裂伤	会阴侧切
实验组	71	4(5.63)	1(1.41)	0(0.00)	4(5.63)	46(64.79)
对照组	70	13(18.57)	5(7.14)	1(1.42)	11(15.71)	62(88.57)
t		5.564	1.612	0.824	3.768	11.121
P		0.031	0.613	0.239	0.012	0.001

2.4 新生儿 Apgar 评分及不良事件发生情况对比

两组新生儿 Apgar 评分和新生儿窒息发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$),实验组产妇产后出血率低于对照组产妇,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

两组新生儿 Apgar 评分和新生儿窒息发生率比较差异无统

表 4 新生儿 Apgar 评分及不良事件发生情况对比

组别	例数	新生儿窒息	产后出血	Apgar 评分		
				<3	3~8	>8
实验组	71	1(1.41)	2(2.82)	1(1.41)	2(2.82)	68(95.77)
对照组	70	7(10.00)	9(12.85)	3(4.29)	3(4.29)	64(91.43)
χ^2		3.389	4.940	0.272	0.000	0.505
P		0.026	0.003	0.378	0.732	0.481

3 讨论

分娩过程自始至终都在动态变化,影响因素众多。如分娩方式、胎儿大小、产妇精神状态、产力和产道均可对分娩结局造成较大影响。该过程中对各影响因素处理不当可导致难产、产后大出血以及胎儿窒息等不良分娩结局的发生。分娩体位是以往不被重视的一个影响因素。既往国内产妇生产主要采用常规的仰卧位进行分娩,但实际上仰卧位分娩被用于临床仅为给难产处理提供方便,而非其应用效果最佳。有研究指出,产妇在分娩前已长时间卧床,而采用仰卧位分娩还需继续卧床^[3]。长期卧床可导致产妇身心疲惫,不利于分娩。还有研究发现,产妇的长期卧床后皮质激素、儿茶酚胺等血液含量大大增高,是导致不良临床事件发生的重要原因^[4]。自由体位是由多种体位组成的分娩体位,包括站位、蹲位、坐位、跪位等体位。历史文献认为自由体位违背生理力学、加重产妇负担,对分娩结局有不良影响。但近年来的研究发现,自由体位分娩避免了长时间卧床,产妇心理较为放松,有助于分娩过程的顺利进行^[5-7]。

随着研究的深入,自由体位分娩的优越性被逐渐挖掘出来。自由体位相对于常规的仰卧位而言,产妇的舒适性更佳。例如在站位时产妇手扶扶手,基本可完全控制自身行动,产妇可通过左右晃动臀部帮助胎头下降,使产程时间有效缩短。侧俯卧位时,胎儿在浮力、重力以及子宫收缩三种力量的作用下,可变换胎位。因此,侧俯卧位对胎位不正的产妇有着调整胎位,促进分娩的作用。而在半卧位时胎头可刺激宫颈扩张加速分娩进程。有研究指出,坐位时子宫在重力作用下前倾,与子宫距离变大,阻力的降低帮助胎儿完成胎位调整^[8,9]。而当胎头下降到一定位置可刺激催产素大量分泌,在一定程度上加快了分娩进程。还有研究发现,宫内压力对分娩进程有着极大影响,而体位的变化可有效改变宫内压力,站位时宫内静压比仰卧位时至少高30mmHg^[10,11]。

在本次研究中,71例实验组产妇采用自由体位进行分娩,对照组采用仰卧位。结果发现实验组产妇顺产率高于对照组,而剖宫产率低于对照组,且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。但两组产妇阴道助产率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。该结论证实自由体位较传统的仰卧位更易取得良好的分娩结局,顺产率更高,与文献报道结果一致^[12-14]。实验组产妇第一产程、第二产程、第三产程以及总产程时间均远低于对照组产妇,差异有统计学意义($P < 0.05$)。自由体位与仰卧位相比,胎头位置更易调整,生物力学因素也刺激产程进展,因此各产程时间远低于传统体位。本次研究结果也证实了该结论^[9]。此外,本次研究中,实验组产妇会阴I度裂伤、宫颈裂伤、产后出血率以及会阴侧切发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),而两组新生儿Apgar评分和新生儿窒息发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。表明自由体位可减轻对生殖道的损伤,但对新生儿身体状况影响并不大。有研究指出,自由体位缩短了各产程时间,降低了新生儿发生不良事件的几率,身体

状态优于仰卧位分娩的新生儿^[15,16]。但本次研究结果并不支持该结论,笔者分析这可能与样本量误差有关,未能体现出差异。

综上所述,自由体位分娩可根据产妇实际情况调整体位,与常规的仰卧位分娩相比,产程进展较快、顺产率高、对生殖道损伤更小、产后出血发生率也较低,此外产妇的舒适感也更好、因此在临床上对能够接受自由体位分娩的产妇应推荐选用。

参 考 文 献

- [1] 王灿辉,鞠丽红. 自由体位分娩加分娩减痛法在初产顺产中的综合应用效果观察. 海南医学, 2013, 24(15): 2230-2232.
- [2] 杜新青. 采用自由体位与传统卧位对分娩影响的临床观察. 河北医药, 2014, 12(13): 1956-1958.
- [3] 廖玲. 镇痛分娩与特殊体位指导的最佳时机研究. 广西医学, 2012, 34(12): 1654-1656.
- [4] 覃秀珠,沈岩金. 自由体位对分娩影响的临床观察. 中国妇幼保健, 2014, 12(15): 1842-1844.
- [5] 蒋志平,叶家枝,曹玉华,等. 体位指导在无痛分娩中对产程的影响研究. 中国美容医学, 2011, 20(24): 143-144.
- [6] 李静,马绮梨,陈瑞香,等. 不同待产体位对足月胎头衔接的胎膜早破孕妇分娩结局的影响. 中国循证医学杂志, 2010, 10(12): 1415-1418.
- [7] 张怡. 改变产妇体位对促进产程进展的临床探讨. 中国综合临床, 2011, 27(6): 647-648.
- [8] 吕玉美. 自由体位对足月胎膜早破孕妇分娩结局的影响. 海南医学, 2013, 23(24): 62-63.
- [9] 黎小玲,余桂珍,谢桂芳,等. 产程中实施自由体位对分娩结局的影响研究. 中国美容医学, 2013, 21(10X): 241-242.
- [10] 刘念稚,徐岚,张家康. 特殊体位在第一产程中的应用. 中国妇幼保健, 2009, 24(33): 4782-4783.
- [11] Kohorst F, Flock F, Kreienberg R, et al. Pregnancy and delivery after tension-free vaginal tape (TVT) procedure: literature review and case report. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2010, 151(1): 10-13.
- [12] Driessen M, Bouvier-Colle MH, Dupont C, et al. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity. Obstetrics and gynecology, 2011, 117(1): 21.
- [13] 潘敏,雪丽霜,零恒莉,等. 产程早期体位干预配合分娩辅助设施对分娩的影响. 中华护理杂志, 2014, 4(3): 14.
- [14] 潘初. 自由体位与传统卧位对分娩的影响. 河北医学, 2010, 16(2): 187-188.
- [15] 王芳,禹晓萌. 非限制性自由体位对孕足月胎膜早破孕妇残余羊水量及分娩方式的影响. 中华现代护理杂志, 2014, 12(007): 776-779.
- [16] 褚丽艳,武志清,郭考辰. 体位管理在分娩过程中的应用价值. 长春中医药大学学报, 2013, 29(3): 515-516.

(收稿日期:2014-09-11)

· 生殖健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.035

利凡诺羊膜腔注射与口服米非司酮及米索前列醇用于瘢痕子宫中期妊娠引产效果比较

李秋梅¹ 陈文妹²

1 滦南县医院妇产科, 河北 唐山 063500

2 唐山市工人医院妇科, 河北 唐山 063000

【摘要】目的:观察及比较瘢痕子宫中期妊娠引产利凡诺羊膜腔注射与口服米非司酮米索前列醇的临床效果。方法:选取 2012 年 1 月至 2014 年 10 月于本院进行中期妊娠引产的 92 例瘢痕子宫患者为研究对象,将其随机分为 A 组(利凡诺羊膜腔注射组)46 例和 B 组(口服米非司酮和米索前列醇组)46 例,然后将两组患者用药前后的血清及宫颈黏液相关指标、用药后不同时间的 Bishop 评分、VAS 评分及流产情况进行分别统计及比较。结果:B 组用药后不同时间的血清及宫颈黏液相关指标水平平均高于 A 组,用药后不同时间的 Bishop 评分、VAS 评分及流产情况也均好于 A 组, P 均 < 0.05 ,均有显著性差异。结论:口服米非司酮与米索前列醇在瘢痕子宫中期妊娠引产中的临床效果较好,对于改善宫颈软化情况及降低疼痛感均发挥着积极的临床作用。

【关键词】瘢痕子宫;中期妊娠引产;利凡诺羊膜腔注射;口服米非司酮及米索前列醇

Comparison on the induced labor effect of rivanol by amniotic cavity injection and oral mifepristone and misoprostol in scar uterus induction of labor in midpregnancy LI Qiumei¹, CHEN Wenmei². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Luannan County Hospital, Tangshan 063500, China; 2. Department of Gynecology, Tangshan City Workers' Hospital, Tangshan 063000, China

【Abstract】Objectives: To observe and compare the clinical effect of rivanol by amniotic cavity injection and oral mifepristone and misoprostol in scar uterus induction of labor in midpregnancy. Methods: 92 patients with scar uterus induction of labor in midpregnancy in our hospital from January 2012 to October 2014 were selected and randomly divided into group A (rivanol by amniotic cavity injection, 46 cases) and group B (mifepristone and misoprostol taken orally, 46 cases). The serum and cervical mucus related indexes before and after the treatment, Bishop score, VAS score and labor situation at different time after the treatment of two groups were respectively recorded and compared. Results: The serum and cervical mucus related indexes of group B at different time after the treatment were higher than those of group A, and the Bishop score, VAS score and labor situation at different time after the treatment were all better than those of group A, all $P < 0.05$ with significant differences. Conclusions: The clinical effect of oral mifepristone and misoprostol in scar uterus induction of labor in midpregnancy is much better, which also plays an active role in improving cervical softening and relaxing pain.

【Key words】Scar uterus; Induction of labor in midpregnancy; Rivanol by amniotic cavity injection; Oral mifepristone and misoprostol

【中图分类号】R711

【文献标志码】A

中期妊娠引产的注意事项较多,而对于瘢痕子宫妊娠患者其要求相对更多,临床对其引产的重视程度也相对更高,如不能达到较好的宫颈软化与子宫收缩协调效果,不仅可能影响到引产的效果,严重者甚至可导致子宫破裂等严重情况的发生,因此在引产方式的选取方面尤其应引起重视^[1,2]。近年来,利凡诺羊膜腔注射与口服米非司酮米索前列醇均是临床中用于本类患者引产的常用药物及方式,效果比较也并不少见,但是

研究差异也较大,因此,本文中我们即就瘢痕子宫中期妊娠引产利凡诺羊膜腔注射与口服米非司酮及米索前列醇的临床效果进行比较,现将比较结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

方法:根据简单随机抽样方法抽取 2012 年 1 月至 2014 年 10 月于本院进行中期妊娠引产的 92 例瘢痕子宫患者为研究对象,所有患者均签署知情同意书。将其根据随机数字表法分为 A 组(利凡诺羊膜腔注射组)46 例和 B 组(口服米非司酮和米索前列醇组)46 例。纳入标准:年龄在 20 岁及以上者;无妊娠期并发症者;同意参与本研究者。排除标准:年龄在 20 岁以下者;凝

血机能异常者;存在炎性疾病者;不同意参与本研究者。A组的46例患者中,年龄22~45岁,平均年龄(29.0 ± 5.4)岁;孕周13.0~22.5周,平均孕周(20.1 ± 1.0)周;前次子宫手术至本次引产时间8.0~52.0个月,平均(25.4 ± 5.1)个月。B组的46例患者中,年龄21~45岁,平均年龄(29.2 ± 5.2)岁;孕周13.0~23.0周,平均孕周(20.2 ± 0.8)周;前次子宫手术至本次引产时间8.0~53.0个月,平均(25.5 ± 4.9)个月。两组患者的年龄、孕周、前次子宫手术至本次引产时间之间均无显著性差异, P 均 >0.05 ,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 A组以利凡诺(生产厂家:江苏天禾制药有限公司,生产批号:0306041)进行羊膜腔注射治疗,主要为以利凡诺100mg进行注射。B组以米非司酮(生产厂家:北京紫竹药业有限公司,生产批号:111209)与米索前列醇(生产厂家:北京紫竹药业有限公司,生产批号:43070512)进行口服用药,以米非司酮50mg口服,2次/d,连用2d,另于第3d口服米索前列醇600 μ g,可根据宫缩情况适当加大剂量,但一般不超过1600 μ g。然后将两组患者用药前后的血清及宫颈黏液相关指标、用药后不同时间的Bishop评分、VAS评分及流产情况进行分别统计及比较。

1.2.2 检测指标与方法 取A组与B组患者用药前及用

药后2h、4h及12h的静脉血及宫颈黏液作为检测标本,将静脉血标本离心后取上清液检测,检测指标为血清及宫颈黏液PGE及PGF-2 α 水平,检测方法均为酶联免疫法,定量检测后,分别统计两组的检测指标,后进行分别比较。

1.3 评价标准

(1) Bishop评分是有效评估宫颈软化情况的评估方法,其包括5个评估指标,其分值在3分及以下表示较差,软化失败;4~6分表示尚可,成功率可达到50%;7~9分表示试产成功率在80%;9分以上表示成功^[3]。(2) VAS评分是评估疼痛程度的重要方法,其评分范围为0~10分,其中分值在3分及以下为轻度疼痛;4~6分为中度疼痛;7~10分为重度至剧烈疼痛。

1.4 统计学处理

本研究中涉及的两类数据为计量资料与计数资料,其中前者以 t 检验处理,后者则以 χ^2 检验处理,上述两类数据处理软件包为SAS5.0,以 $P<0.05$ 表示有显著性差异。

2 结果

2.1 两组患者用药前后的血清及宫颈黏液相关指标比较

用药前两组患者的血清及宫颈黏液相关指标水平比较, P 均 >0.05 ,用药后2h、4h及12h,B组的血清及宫颈黏液相关指标均高于A组, P 均 <0.05 。见表1。

表1 两组患者用药前后的血清及宫颈黏液相关指标比较

组别		PGE		PGF-2 α	
		血清(μ g/mL)	宫颈黏液(pg/mg)	血清(μ g/mL)	宫颈黏液(pg/mg)
A组($n=46$)	用药前	202.51 $\pm$ 18.33	40.15 $\pm$ 5.25	205.47 $\pm$ 21.35	60.26 $\pm$ 10.78
	用药后2h	210.12 $\pm$ 20.54	46.20 $\pm$ 6.41	215.84 $\pm$ 22.95	84.64 $\pm$ 11.95
	用药后4h	221.08 $\pm$ 22.08	61.33 $\pm$ 6.26	236.26 $\pm$ 24.57	112.08 $\pm$ 14.87
	用药后12h	240.59 $\pm$ 24.62	70.87 $\pm$ 10.50	254.82 $\pm$ 27.32	123.46 $\pm$ 16.74
B组($n=46$)	用药前	202.54 $\pm$ 18.28	40.16 $\pm$ 5.18	205.51 $\pm$ 21.29	60.30 $\pm$ 10.74
	用药后2h	234.67 $\pm$ 23.61*	56.33 $\pm$ 8.46*	248.97 $\pm$ 25.65*	110.20 $\pm$ 14.68*
	用药后4h	243.91 $\pm$ 25.22*	70.65 $\pm$ 10.42*	265.87 $\pm$ 28.44*	144.18 $\pm$ 19.87*
	用药后12h	270.84 $\pm$ 27.65*	82.56 $\pm$ 11.97*	280.59 $\pm$ 30.56*	152.54 $\pm$ 22.63*

注:与A组比较,* $P<0.05$

2.2 两组患者用药后不同时间的流产情况比较

用药后24h、48h及72hB组的完全流产率均高于A组, P 均 <0.05 。见表2。

2.3 用药后不同时间的Bishop评分及VAS评分比较

用药后6h、12h及24hB组的Bishop评分9分以上者比例及VAS评分3分及以下者比例均高于A组, P 均 <0.05 。见表3。

表2 两组患者用药后不同时间的流产情况比较

组别		完全流产	不全流产及流产失败
A组($n=46$)	用药后24h	31(67.39)	15(32.61)
	用药后48h	34(73.91)	12(26.09)
	用药后72h	39(84.78)	7(15.22)
B组($n=46$)	用药后24h	36(78.26)*	10(21.74)
	用药后48h	42(91.30)*	4(8.70)
	用药后72h	45(97.83)*	1(2.17)

注:与A组比较,* $P<0.05$

表 3 用药后不同时间的 Bishop 评分及 VAS 评分比较

组别		Bishop 评分			VAS 评分		
		6 分及以下	7~9 分	9 分以上	3 分及以下	4~6 分	7~10 分
A 组(n=46)	用药后 6h	15(32.61)	21(45.65)	10(21.74)	12(26.09)	24(52.17)	10(21.74)
	用药后 12h	9(19.57)	17(36.96)	20(43.48)	5(10.87)	19(41.30)	22(47.83)
	用药后 24h	5(10.87)	11(23.91)	30(65.22)	2(4.35)	14(30.43)	30(65.22)
B 组(n=46)	用药后 6h	6(13.04)	22(47.83)	18(39.13)*	19(41.30)*	19(41.30)	8(17.39)
	用药后 12h	4(8.70)	7(15.22)	35(76.09)*	12(26.09)*	23(50.00)	11(23.91)
	用药后 24h	0(0.00)	4(8.70)	42(91.30)*	15(32.61)*	16(34.78)	15(32.61)

注:与 A 组比较,* $P<0.05$

3 讨论

妊娠中期引产不同于早期人工流产,此阶段的子宫状态相对更为稳定,且此时其对缩宫素等药物的敏感度也相对更低,因此对此阶段引产患者的干预要求相对更高。而此类引产人群中存在部分瘢痕子宫患者,此类人群如不能有效调控好宫缩强度,则可能导致不全流产及子宫破裂等情况的发生,临床不良影响极为突出^[4,5],故在选择引产药物及引产方式方面更应引起注意及重视。另外,此类引产患者不同于晚期引产者,其宫颈软化方面的效果并不明显,因此对其进行引产的过程中,应注意同时调节宫缩强度及宫颈软化情况等方面,以降低上述各类不良情况的发生率及提高引产效率及效果。另外,较多研究显示,血液及宫颈黏液中的 PGE 及 PGF-2 α 可有效反应宫颈软化情况,其主要与宫颈胶原纤维的降解程度有密切的关系,因此对其进行探讨的价值较高,其在此类患者引产过程中的变化监测价值较高^[6,7]。近年来,临床中用于此类引产的干预方式并不少见,其中利凡诺羊膜腔注射与口服米非司酮、米索前列醇均是常用干预方式,对其比较性研究也不少见^[8],但是对于上述两类引产方式对患者上述监测指标影响程度的研究仍十分不足,故探讨空间仍较大^[9,10]。

本文中我们就瘢痕子宫中期妊娠引产利凡诺羊膜腔注射与口服米非司酮、米索前列醇的临床效果进行比较,比较结果显示,口服米非司酮和米索前列醇的综合效果明显好于利凡诺羊膜腔注射的效果,表现为用药后不同时间的血清及宫颈黏液相关指标水平、Bishop 评分、VAS 评分及流产情况均明显更好等方面,说明其在改善患者的宫缩及宫颈软化方面均效果更为突出,更好地对两者进行了协调,从而达到了降低患者不适感及提高完全流产率的目的^[11-13]。分析原因,与米非司酮和米索前列醇协同干预了宫体收缩与宫颈软化,使之达到一个相对均衡的状态有关^[14,15]。综上所述,我们认为口服米非司酮与米索前列醇在瘢痕子宫中期妊娠引产中的临床效果较好,对于改善宫颈软化情况及降低疼痛感均发挥着积极的临床作用。

参 考 文 献

[1] 胡顺清. 米非司酮配伍米索前列醇配合利凡诺尔联合用于终止 15~24 周妊娠效果观察. 吉林医学, 2014, 35(5): 936-937.
[2] 夏玲. 米非司酮联合利凡诺在终止瘢痕子宫中期妊娠的应用. 安徽医药, 2014, 18(9): 1768-1769.
[3] 尹洪. 米非司酮联合利凡诺终止瘢痕子宫中期妊娠效果观察. 现代医药卫生, 2014, 30(12): 1852-1853.

[4] 吴华. 利凡诺、米非司酮分别配伍米索前列醇用于中期无痛引产的比较研究. 医学理论与实践, 2014, 27(16): 2184-2185.
[5] Clouqueur E, Coulon C, Vaast P, et al. Use of misoprostol for induction of labor in case of fetal death or termination of pregnancy during second or third trimester of pregnancy: Efficiency, dosage, route of administration, side effects, use in case of uterine scar. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2014, 43(2): 146-161.
[6] 冯永全, 张晓丽. 米非司酮配伍大剂量米索前列醇终止 14~27 周瘢痕子宫妊娠 102 例临床观察. 吉林医学, 2014, 35(16): 3519-3520.
[7] 王青. 米非司酮和依沙吡啶联合用于瘢痕子宫中孕引产的临床观察. 中国医学工程, 2014, 22(8): 152-153.
[8] Panda S, Jha V, Singh S. Role of combination of mifepristone and misoprostol verses misoprostol alone in induction of labour in late intrauterin fetal death: A prospective study. J Family Reprod Health, 2013, 7(4): 177-179.
[9] 周佳任, 宋双, 李辉. 米非司酮联合依沙吡啶羊膜腔内引产术用于瘢痕子宫妊娠中晚期引产的临床观察. 中国医师进修杂志, 2014, 37(18): 68-70.
[10] 廖静, 何明凤, 杨亚川, 等. 米非司酮联合米索前列醇与米非司酮联合依沙吡啶在瘢痕子宫中期妊娠引产中疗效比较的系统评价. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2014, 33(3): 243-247.
[11] Beucher G, Dolley P, Stewart Z, et al. Fetal death beyond 14 weeks of gestation: induction of labor and obtaining of uterine vacuity. Gynecol Obstet Fertil, 2015, 43(1): 56-65.
[12] Di Liberto A, Endrikat J, Frohn S, et al. Misoprostol for pre-term labor induction in the second trimester: Role of medical history and clinical parameters for prediction of time to delivery. J Turk Ger Gynecol Assoc, 2014, 15(3): 130-134.
[13] Li N1, Wu P, Zhao J, et al. Effectiveness and safety of double-balloon catheter versus intra-amniotic injection of ethacridine lactate for termination of second trimester pregnancy in patients with liver dysfunction. J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci. 2015, 35(1): 129-134.
[14] 胡人芳, 陈红, 李小飞. 利凡诺及利凡诺联合米非司酮在妊娠中期引产中的临床疗效分析. 中国医药导报, 2014(4): 49-51.
[15] 杨琳, 王星星, 李琴芬. 子宫动脉栓塞术介入治疗在中期妊娠胎盘前置状态引产中的应用. 中国全科医学, 2013(24): 2874-2875.

(收稿日期: 2015-01-23)

• 生殖健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.036

生殖道感染对早期及中期妊娠结局的临床研究

李丙彩¹ 窦欣欣² 王若春³

1 临朐县人民医院产房, 山东 潍坊 262500

2 潍坊市益都中心医院妇产科, 山东 潍坊 262500

3 青州市妇幼保健院妇产科, 山东 潍坊 262500

【摘要】目的:探究与分析生殖道感染对早期、中期妊娠结局的影响。方法:对2012年5月至2014年5月在我院行产前保健并决定分娩的2240例产妇做初产检时行ToRCH、白带常规、衣原体、支原体及阴道分泌物细菌培养及药物敏感试验检查,分为感染组860例及非感染组1380例。按照治疗情况将感染组分为感染治疗组590例与感染非治疗组270例,对比三组产妇的不良妊娠结局的发生情况。结果:感染治疗组与感染非治疗组不良妊娠结局率均高于非感染组($\chi^2=4.34, P<0.05$; $\chi^2=5.28, P<0.05$),感染非治疗组不良妊娠结局率高于感染治疗组($\chi^2=4.03, P<0.05$)。单一感染非治疗组不良妊娠结局率明显高于感染非治疗组($\chi^2=4.65, P<0.05$)。多种感染非治疗组不良妊娠结局率明显高于感染非治疗组($\chi^2=4.74, P<0.05$)。结论:早期及中期孕妇发生病原微生物感染可明显增加不良妊娠结局的发生率,要求指导妊娠妇女定期来院行常规生殖道感染方面的检查,以制定有效的治疗对策,值得推广。

【关键词】 生殖道感染;妊娠结局;病原微生物

Impact of reproductive tract infection on early and mid pregnancy outcome LI Bingcai¹, DOU Xinxin², WANG Ruochun³. 1. Maternity Ward, Linqu County People's Hospital, Weifang 262500, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Weifang Yidu Central Hospital, Weifang 262500, China; 3. Department of Obstetrics and Gynecology, Qingzhou Maternal and Child Health Care, Weifang 262500, China

【Abstract】 **Objectives:** To probe into and analyze the impact of reproductive tract infection on early and mid pregnancy outcome. **Methods:** 2240 puerpera underwent prenatal care in our hospital between May 2012 and May 2014 received the tests of ToRCH, leucorrhea normal, chlamydia, mycoplasma and vaginal bacterial culture and drug sensitive test, and divided into infection group (860 cases) and the non-infection group (1380 cases). The infection group was further divided into treatment group (590 cases) and non-treatment group (270 cases) based on the treatment they received. The adverse pregnancy outcome of the three groups was compared. **Results:** The rates of adverse pregnancy outcomes in both treatment group and non-treatment group were higher than that of non-infection group ($\chi^2=4.34, P<0.05$; $\chi^2=5.28, P<0.05$); and the rate of adverse pregnancy outcome in non-treatment group was higher than that of the treatment group ($\chi^2=4.03, P<0.05$). **Conclusions:** The pathogenic microorganism infection can obviously increase the incidence of adverse pregnancy outcomes of early and mid pregnant women. Puerpera are required to receive routine examination of reproductive tract infection regularly in the hospital, in order to make effective treatment measures.

【Key words】 Genital tract infection; Pregnancy outcome; Pathogenic microorganisms

【中图分类号】 R714

【文献标志码】 A

妊娠作为一类特殊时期,此时期内妇女生殖道抵抗能力较差,常易受到各种不同类型病原菌的侵袭,从而诱发多种感染,对妊娠妇女的身心健康造成了不小的影响,严重时可带来不良妊娠结局。近年来,国内外对于生殖道感染方面的研究较为单一,仅集中在两种病原微生物感染上,主要包括较为常见的细菌性阴道病以及因支原体及衣原体造成的感染,但仍缺少针对多种病原微生物感染展开的相关研究,且对其可能造成的不良

妊娠结局方面的报道也较少^[1]。本次研究针对不同类型的生殖道感染对早期、中期妊娠结局的影响进行分析,结果总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对2012年5月至2014年5月在我院行产前保健并决定分娩的2240例产妇做初产检时行ToRCH、白带常规、衣原体、支原体及阴道分泌物细菌培养及药物敏感试验检查,全部产妇均已完成分娩,分为感染组860例及非感染组1380例。按照治疗情况将感染组分为感染治疗组590例与感染非治疗组270例。非感染组年龄在23至35岁之间,平均年龄为(27.8±2.3)岁;

【第一作者简介】李丙彩(1972-),女,主治医师,主要从事产科临床研究工作。

孕周在 5 至 25 周之间,平均孕周为(16.7±2.5)周。感染治疗组年龄在 25 至 36 岁之间,平均年龄为(25.9±2.5)岁;孕周在 6 至 24 周之间,平均孕周为(18.5±2.8)周。感染非治疗组年龄在 21 至 34 岁之间,平均年龄为(26.9±3.2)岁;孕周在 7 至 26 周之间,平均孕周为(18.5±2.9)周。三组孕妇年龄及孕周等一般资料无明显差异,具有可比性。

1.2 检测方法

ToRCH 检测(包括弓形虫、巨细胞病毒、风疹病毒、单纯疱疹病毒):采集全部患者的外周静脉血 1 至 2mL,将血清样本放置在离心机里将血清分离出来后,于-20℃的环境中予以保存,确保在保存 7d 内对血清进行检测,检测的重点内容是通过酶联免疫吸附反应完成对孕妇血清中的 IgM 抗体的检测。除酶联免疫吸附法的其他检查包括:通过窥阴器放置到孕妇阴道内对孕妇分泌物的形状、质量以及宫颈情况进行观察与记录。于孕妇阴道内口 4cm 处利用刮板取适量的侧壁的分泌物作为标本,采用快速检测卡对其进行检验,同时取宫颈外口分泌物行衣原体、支原体、细菌培养及药物敏感性检测。将窥器取下后将其中取得的少量分泌物涂抹在盐水玻片上行镜下检查,以观察是否存在念珠菌及滴虫。

1.3 诊断标准

(1)感染标准:行 ToRch 检查结果可见 IgM 阳性。(2)细菌性阴道病的诊断标准:肉眼可见阴道分泌物出现异常,表现为均质状及稀薄状;线索细胞检查结果或胺试验结果呈阳性;阴道分泌物 PH 值在 4.5 以上;检测结果具备上述第四项及其他三项中的两项为细菌性阴道病的感染。(3)可根据镜检结果判断阴道炎类型,若镜下检查见念珠菌或滴虫则可判断为念珠菌性阴道炎或滴虫性阴道炎。(4)衣原体检查结果呈阳性为生殖道衣原体感染,支原体检测呈阳性为生殖道支原体感染,细菌培养有菌者则为生殖道细菌感染。观察三组不良妊娠结局情况,不良妊娠结局包括:不同类型的流产、胎膜早破、异位妊娠、胎儿畸形、死胎等。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计软件对本次研究所取得的数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 代表有统计学意义。

2 结果

2.1 感染组疾病分布情况

感染组患者共 860 例,细菌性阴道炎所占比例最高,为 50.47%;其次为外阴阴道假丝酵母菌病,占 25.23%;滴虫性阴道炎 119 例,占 13.84%;衣原体属感染 54 例,占 6.28%;链球菌属感染 36 例,占 4.19%。见表 1。

表 1 感染组疾病分布情况		
疾病类型	例数(n)	百分比(%)
细菌性阴道炎	434	50.47
外阴阴道假丝酵母菌病	217	25.23
滴虫性阴道炎	119	13.84
衣原体属感染	54	6.28
链球菌属感染	36	4.19
合计	860	100.00

2.2 非感染组、感染治疗组与感染非治疗组孕妇妊娠结局对比

非感染组不良妊娠结局率 8.12%,感染治疗组不良妊娠结局率 20.85%,感染非治疗组不良妊娠结局率 28.52%,感染治疗组与感染非治疗组不良妊娠结局率均高于非感染组($\chi^2 = 4.34, P < 0.05; \chi^2 = 5.28, P < 0.05$),感染非治疗组不良妊娠结局率高于感染治疗组($\chi^2 = 4.03, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 非感染组、感染治疗组与感染非治疗组孕妇妊娠结局对比			
组别	例数	不良妊娠结局(n)	不良妊娠结局率(%)
非感染组	1380	113	8.12
感染治疗组	590	123	20.85
感染非治疗组	270	77	28.52

2.3 单一感染孕妇中治疗组与非治疗组不良妊娠结局对比

单一感染感染治疗组不良妊娠结局率为 13.71%,感染非治疗组不良妊娠结局率为 27.69%,感染非治疗组不良妊娠结局率明显高于感染非治疗组($\chi^2 = 4.65, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 单一感染孕妇中治疗组与非治疗组不良妊娠结局对比			
组别	例数	不良妊娠结局(n)	不良妊娠结局率(%)
感染治疗组	124	17	13.71
感染非治疗组	65	18	27.69

2.4 多种感染孕妇中治疗组与非治疗组不良妊娠结局对比

多种感染感染治疗组不良妊娠结局率为 21.24%,感染非治疗组不良妊娠结局率为 31.70%,感染非治疗组不良妊娠结局率明显高于感染非治疗组($\chi^2 = 4.74, P < 0.05$)。见表 4。

表 4 多种感染孕妇中治疗组与非治疗组不良妊娠结局对比			
组别	例数	不良妊娠结局(n)	不良妊娠结局率(%)
感染治疗组	466	99	21.24
感染非治疗组	205	65	31.70

3 讨论

3.1 妊娠期生殖道感染的特点

妊娠期生殖道感染作为一类发病率较高的常见妇产科疾病,以细菌性阴道病为主要发病类型。在阴道环境正常情况下,阴道壁上皮细胞与细菌均为负电荷,利用同性排斥的原理无法相互粘附,从而确保了阴道环境的健康^[2,3]。乳酸杆菌作为正常阴道菌群中一类主要的菌群,在维持阴道内正常菌群平衡方面具有重要意义。通过大量临床研究资料显示,包括性激素、糖尿病、药物、性生活、避孕工具、感染等因素均可对阴道内环境的平衡造成影响,其中以性激素造成的影响最大^[4]。孕妇在妊娠期间机体免疫功能减弱,同时随着体内雌激素水平不断提升,阴道内糖原的合成量也随之增高,这就从多方面为念珠菌的生长繁殖营造了合适的环境^[4,5]。另外,妊娠妇女体内的过氧化氢阳性乳酸菌含量较未妊娠妇女明显降低,这就在一定程度上促进了部分厌氧菌及加德纳菌的生长^[6]。由于支原体将泌尿生殖道内膜作为主要寄生部位,而当妇女处于妊娠期时,随着机体免疫力的明显降低,使得支原体感染发生率就随之增高^[7]。有关报道指出,支原体内

存在一种名为磷脂酶的物质,通过破坏对宿主及羊膜细胞,增加胎膜早破的发生率^[8]。另外,此类物质还可通过促进合成花生四烯酸,增加体内前列腺素的水平,从而导致晚期流产的出现。有临床研究资料显示,ToRCH感染对胎儿产生的危害程度与母体感染情况存在着一定的关系,而当孕妇除此感染病原菌时,机体未能产生相应的抗体,使得病原菌入侵后容易传递给胎儿,造成不良妊娠结局的发生^[9]。

3.2 妊娠期生殖道感染检验的临床意义

一般情况下,患者在发生生殖道感染时未能表现出明显的临床症状,而常呈现出亚临床感染情况,但也可诱发出包括早产、胎膜早破、难免流产、绒毛膜羊膜炎、完全流产、异位妊娠、胎儿畸形、死胎等不良妊娠结局^[10,11]。本次研究结果显示,感染治疗组与感染非治疗组不良妊娠结局率均高于非感染组,感染非治疗组不良妊娠结局率高于感染治疗组。感染非治疗组不良妊娠结局率明显高于感染治疗组。结果提示,妊娠感染与不良妊娠结局的确存在着一定的关系,应足够引起广大临床工作者的重视,使得妊娠期孕妇生殖道感染患者尽早诊断及治疗,从而降低不良妊娠结局的发生率,从根本上提升人口质量^[12]。

3.3 抗生素治疗妊娠生殖道感染的作用

由于妊娠期作为一个特殊的生理时期,处于妊娠期的妇女中的各个系统之间相比未妊娠期时期发生着明显的适应性改变,表现为此时期的妇女服用药物后,药物在其体内产生的药效动力学及药代动力学发生着明显的改变^[13,14]。大量研究资料显示,于妊娠期内使用抗生素类药物可通过对母体的内分泌情况造成影响,间接性的对胎儿产生影响^[15]。因此,对于妊娠期生殖道感染时应用抗生素类药物进行治疗时,需注意选用药物的剂量及方法要得当,在孕期尽量避免使用抗生素类药物,且要以疗效肯定的药物作为首选,避免造成胎儿畸形。

参 考 文 献

[1] 乐杰. 妇产科学. 7版. 北京:人民卫生出版社,2008:241-261.

- [2] 刘晓云,熊正爱. 妊娠及哺乳期生殖道感染抗生素的应用. 实用妇产科杂志,2008,24(6):326-327.
- [3] 黄春玉,王蕊,姚路,等. 妊娠期下生殖道感染调查. 中国妇幼保健,2010,25(28):4101-4104.
- [4] 梁云萍. 合并下生殖道人乳头瘤病毒感染妊娠结局和新生儿近期的影响. 中国妇产科临床杂志,2012,13(05):331-332.
- [5] 王群华,张玲娟. 围生期下生殖道感染与妊娠结局的监测. 疾病监测,2003,18(9):333-334.
- [6] 曹俊岭. 下生殖道感染对妊娠结局影响的分析. 中国医药指南,2012,6(25):73-74.
- [7] 何峰云. 下生殖道感染与妊娠结局. 中国妇幼保健,2012,27(2):312-313.
- [8] 胡敏华,刘慧妹,狄小丹,等. 围生期下生殖道感染对妊娠结局影响的临床研究. 中华医院感染学杂志,2013,23(18):4441-4442.
- [9] 崔瑞杰,杨柳. 妊娠中期女性常见下生殖道感染532例治疗. 中国妇幼保健,2011,26(1):36-37.
- [10] Skala CE, Petry IB, Albrich S, et al. The effects of genital and lower urinary tract symptoms on steroid receptor expression in women with genital prolapse. Int Urogynecol J, 2011, 22(6):705-712.
- [11] 吴涯. 89例足月头位胎膜早破产妇产后妊娠结局的临床分析. 中国医药指南,2012,11(27):632-634.
- [12] Simban HN, Bodnar LM, Kim KH. Lower genital tract inflammatory milieu and the risk of subsequent birth: an exploratory factor analysis. Paediatr Perinat Epidemiol, 2011, 25(3):277-282.
- [13] 谭玉清,朱坤仪,陈敏,等. 生殖道感染对早中期妊娠结局影响的研究. 中国妇幼保健,2011,26(19):2969-2970.
- [14] Skala CE, Petry IB, Albrich S, et al. The effects of genital and lower urinary tract symptoms on steroid receptor expression in women with genital prolapse. Int Urogynecol J, 2011, 22(6):705-706.
- [15] 王红英,李漪,胡芳. 妊娠期生殖道感染对妊娠结局影响的临床研究. 中华医院感染学杂志,2013,12(18):990-991.

(收稿日期:2014-10-29)

• 生殖健康 •

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.037

生殖道支原体感染与剖宫产产褥感染的相关性研究

陈娟¹ 邢玉鉴²

1 白沙黎族自治县人民医院妇产科,海南 三亚 572800

2 三亚市人民医院妇产科,海南 三亚 572000

【摘 要】目的:就生殖道支原体感染与剖宫产产褥感染的相关性展开研究分析,旨在为临床减少产褥感染、缓解患者疼痛、缩减发热时间提供有利依据。方法:随机选取2010年12月至2013年12月期间我院接收的200例行剖宫产术后产褥感染患者,对其临床数据展开回顾性分析,研究分析产褥感染的高危因素、宫颈分泌物细菌、支原体培养检测结果以及治疗情况。结果:200例行剖宫产术后产褥感染患者中,无高

【第一作者简介】陈娟(1973-),女,主治医师,主要从事妇产科临床与研究工作。

危险因素患者60例(30%),有1种高危因素患者16例(8%),有2种高危因素患者48例(24%),有3种高危因素患者50例(25%),有4种高危因素患者26例(13%);149例患者行支原体培养,结果检出阳性78例,阳性率为52.3%,其中解脲脲原体感染阳性37例(47.4%),人支原体感染阳性41例(52.6%);51例行患者细菌培养,结果检出阳性20例,阳性率为39.2%,其中主要为表皮葡萄球菌9例(45.0%),大肠埃希菌6例(30.0%);200例患者行血常规检测,白细胞以及中性粒细胞均提升患者140例(70.0%);152例患者行C反应蛋白检测,检测呈提升结果患者86例(56.6%)。结论:生殖道支原培养阳性产妇,行剖宫产后极易出现产褥感染,临床应注重孕产期阴道相关炎症的检测与治疗,降低妊娠期间的药物治疗,注重妊娠期间的健康宣教和管理工作,尽可能早期快速消除产褥感染的各类高危因素,积极作用于降低产褥感染情况的发生。

【关键词】 生殖道支原体感染;剖宫产;产褥感染;相关性

Correlation of genital mycoplasma infection and puerperal infection of cesarean CHEN Juan¹, XING Yu-jian². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, Baisha Li Autonomous County People's Hospital, Sanya 572800, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Sanya City People's Hospital, Sanya 572000, China

【Abstract】 **Objectives:** To study the correlation of mycoplasma infection and puerperal infection of cesarean, so as to provide favorable evidence for reducing clinical puerperal infection, relieving pain and reducing fever time. **Methods:** 200 patients with puerperal infection after cesarean in our hospital from December 2011 to December 2013 were randomly selected. Their clinical data were retrospectively studied to analyze risk factors for puerperal infection, cervical secretions bacteria, mycoplasma test results and treatment efficacy. **Results:** Among the 200 patients with routine cesarean puerperal infection, there were 60 patients (30.0%) with no risk factors, 16 patients (8.0%) with one kind of high-risk factor and 48 patients (24.0%) with two kinds of risk factors, 50 patients (25.0%) with three kinds of risk factors and 26 patients (13.0%) with four kinds of risk factors; of the 149 patients undertook mycoplasma culture, 78 cases showed positive results, a positive rate of 52.3%, among which 37 cases (47.4%) were ureaplasma urealyticum infection and 41 cases (52.6%) were mycoplasma infection; of the 51 patients received routine bacterial culture, 20 cases were positive, a positive rate of 39.2%, which mainly were staphylococcus epidermidis (9 patients, 45.0%) and escherichia coli (6 cases, 30.0%); 200 cases underwent blood testing, and the leukocytes and neutrophils levels were improved in 140 patients (70.0%); and 86 patients (56.6%) of the 152 patients received C-reactive protein test were detected improvement. **Conclusions:** Genital mycoplasma culture-positive puerperal are prone to puerperal infection after cesarean, so the detection and treatment of clinical pregnancy-related vaginal inflammation should be paid attention to, besides lowering drug therapy during pregnancy, enhancing health education and management during pregnancy, and eliminating risk factors early and rapidly, to positively reduce the incidence of puerperal infection.

【Key words】 Mycoplasma infection; Cesarean; Puerperal infection; Correlation

【中图分类号】 R719.8

【文献标志码】 A

生殖道支原体感染是女性临床常见、多发疾病,随着我国老年人口比例逐渐增加及生活方式和日常饮食结构的改变,生殖道支原体感染患病率不断上升。生殖道支原体感染作为泌妇产科临床上多见的疾病,现阶段已成为国内外女性健康问题的重要关注热点。剖宫产作为产科主要手术治疗方式之一,往往受其创伤特点影响,造成产妇术后出现产褥感染。流行病学研究出现,产褥感染不仅受细菌感染影响,还与支原体感染重要相关,其中人型支原体(TT)和脲原体(UU)被认为是造成产妇宫内感染出现的主要支原体类型之一,可明显提升产褥感染情况发生,严重威胁产妇身体健康^[1]。本次研究随机选取2010年12月至2013年12月期间我院接收的200例行剖宫产术后产褥感染患者,通过对其临床资料进行综合分析,初步了解生殖道支原体感染与剖宫产产褥感染的相关性,旨在提高对行剖宫产术后产褥感染患者的防治能力,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本次研究对象为随机选取我院2010年12月至2013年12

月期间接收的200例行剖宫产术后产褥感染患者,所有患者在接受治疗前,均经过相关产褥感染临床检查后确诊,并由患者本人或家属在同意书上签字。年龄21~43岁,平均年龄(27.8±6.9)岁;孕周35~42周,平均孕周(37.8±1.2)周;初产妇133例,经产妇67例。剖宫产术后产褥感染诊断标准参考《实用内科学》中诊断标准^[2],表现为身体发热,体温达到38℃,子宫复旧痛增加,且恶露量不断增加,或者伴有臭味。辅助检查中白细胞计数与中性粒细胞分类增加,C反应蛋白均在8.0mg/L以上,重症患者出现腹膜炎和盆腔脓肿,甚至出现脓毒症,病原体检查显示阳性。排除有严重心、肝等重要器官和血液病变者,临床治疗期间不遵医行为者。

1.2 方法

1.2.1 检测方法 200例行剖宫产术后产褥感染患者均给予门诊常规检测方法,164例行宫颈分泌物检测,36例行羊水病原学检测;149例行支原体培养,51例行细菌培养重症。于患者宫颈1~2cm位置插入经灭菌处理的棉拭子,并将棉拭子贴宫颈壁进行10s旋转,采集组织标本后立即送往实验室检测。

选取经灭菌处理的棉拭子于患者宫颈内管位置采集分泌物,置于培养基中进行支原体培养,并应用配套试剂盒对支原体开展鉴定工作。普通细菌、真菌培养以及鉴定方法均按照试剂盒的操作说明书开展。辅助检查,200例患者均给予血常规检测,对其白细胞以及中性粒细胞转变状况进行分析,152例患者行C反应蛋白检测。

1.2.2 治疗方法 结合行剖宫产术后产褥感染患者高危因素实际情况,给予针对性用药。针对剖宫产术后无显著高危因素及仅有1种高危因素,给予头孢呋辛单种抗菌药物进行治疗,预防出现产褥感染情况;针对有2种以上高危因素的给予头孢呋辛或者头孢他啶加替硝唑联合治疗,如果患者经治疗3d体温无变化或出现高热情况,给予大环内酯类联合合喹诺酮类抗菌药物静脉滴注治疗,3d后对血常规进行复查,若临床疗效显著可继续进行静脉滴注治疗,直至患者血常规各项实验室指标及体温恢复正常后即可停止用药。若临床疗效不明显,可根据药敏结果更换用药,选取敏感性抗菌药物治疗,直至患者各项临床症状、生命体征完全消失或显著改善后停止用药。

1.3 观察指标

对200例研究人员进行实验室指标检测后,采用回顾性分析法,根据医院行剖宫产术后产褥感染标志物相关规范准则设计调查表,将各项观察指标详细记录于调查表中,通过计算机进行统计学分析。观察内容分别为产褥感染高危因素(产程延长、胎膜早破、贫血、产后出血、阴道炎以及羊膜腔感染等)、支原体属及细菌培养结果。

1.4 统计学分析

研究中所得到的相关数据采用SPSS 12.0统计学数据处理软件进行处理分析,连续性变量以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比应用两独立样本计量资料采用 t 值检验,计数资料采用 χ^2 值检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 200例产妇产褥感染高危因素分析

200例行剖宫产术后产褥感染患者中,无高危因素患者60例(30%),有1种高危因素患者16例(8%),有2种高危因素患者48例(24%),有3种高危因素患者50例(25%),有4种高危因素患者26例(13%)。

2.2 200例产妇产原体属及细菌培养结果分析

149例患者行支原体培养,结果检出阳性78例,阳性率为52.3%,其中解脲支原体感染阳性37例(47.4%),人支原体感染阳性41例(52.6%);51例行患者细菌培养,结果检出阳性20例,阳性率为39.2%,其中主要为表皮葡萄球菌9例(45.0%),大肠埃希菌6例(30.0%),奇异变形菌3例(15.0%),肠球菌属于不动杆菌属各检出1例(5.0%)。

2.3 200例产妇产辅助检测结果

200例患者行血常规检测,白细胞以及中性粒细胞均提升患者140例(70.0%);152例患者行C反应蛋白检测,检测呈提升患者86例(56.6%)。

3 讨论

相关医学研究数据指出,产褥感染发病率约为6.0%,是造成孕产妇引发死亡的关键因素之一^[3-5]。健康状态下女性阴道对病原体具备相应的防御机能,但是受分娩影响,使得产妇阴道抵抗力显著降低,同时在产妇贫血、营养不良等因素共同作用下,明显提升产褥感染情况发生^[6,7]。

本次研究结果显示,200例行剖宫产术后产褥感染患者中,无高危因素患者60例(30%),有1种高危因素患者16例(8%),有2种高危因素患者48例(24%),有3种高危因素患者50例(25%),有4种高危因素患者26例(13%);149例患者行支原体培养,结果检出阳性78例,阳性率为52.3%,其中解脲支原体感染阳性37例(47.4%),人支原体感染阳性41例(52.6%);51例行患者细菌培养,结果检出阳性20例,阳性率为39.2%,其中主要为表皮葡萄球菌9例(45.0%),大肠埃希菌6例(30.0%);200例患者行血常规检测,白细胞以及中性粒细胞均提升患者140例(70.0%);152例患者行C反应蛋白检测,检测呈提升结果患者86例(56.6%)。

结合本次研究结果认为,生殖道支原体造成的产褥感染发病率相对较高,其原因可能受现今临床广泛应用抗菌药物影响;支原体所致的产褥感染产妇产病情较轻,临床主要表现为低热,少数患者存在高热情况,临床应加强重视程度。产褥感染引发可对产妇身体健康形成负面影响,严重时威胁患者生命健康,因此临床因针对产褥感染积极开展各项预防对策:(1)完善产前检测工作。临床应完善产妇产前相关检测工作,针对早期发现的感染情况及时进行有效治疗,科学充分补充营养物质,改善患者贫血严重程度,防治产妇产道各类感染性疾病^[4];(2)加强产时管理工作。在产妇产前期间,对产妇给予充分的食物和液体,确保产妇拥有足够的睡眠时间,防止过度疲劳造成机体免疫力降低,结合产妇实际情况,必要时给予抗感染药物预防产褥感染的出现;同时医务人员应严格根据无菌操作原则开展临床工作,切忌将病原体带入产妇体内造成产褥感染出现^[8-10];(3)产后健康宣教。向产妇家属介绍产褥感染相关知识:发病原因和复发诱因、产褥感染的疾病常识、产褥感染复发诱因应采取什么样的应对措施等,说明自行换药、停药、不遵医嘱行为的不良影响^[11-15];确保分娩后产妇个人卫生以及病房的清洁环境,对产妇外阴部位进行定期消毒处理,指导、协助产妇产后早期下床进行适量的运动锻炼,作用于排除由阴道排出的瘀血、黏液,同时加强对产妇应用物质的补充,从而提升产妇机体免疫力,降低产褥感染情况出现^[16]。

总而言之,生殖道支原体感染产妇产后极易出现产褥感染,临床应注重孕前产道相关炎症的检测与治疗,降低妊娠期间的药物治疗,注重妊娠期间的健康宣教和管理工作,尽可能早期快速消除产褥感染的各类高危因素,积极作用于降低产褥感染情况的发生。

参考文献

- [1] 邓雅静,杜琳.妊娠晚期HPV潜伏感染对妊娠的影响分析.中国性科学,2013,22(5):62-64.
- [2] 刘小玉,张辉亮,林华秀,等.161例患者泌尿生殖道支原体感染的调查与药敏试验分析.中华医院感染学杂志,2008,18(11):1573-1575.
- [3] 王优君,顾红红.生殖道支原体属感染与剖宫产术后产褥感染相关因素分析.中华医院感染学杂志,2013,23(6):1383-1384.
- [4] 周国莉.生殖道支原体属感染与剖宫产术后产褥感染的相关性分析.中华医院感染学杂志,2011,21(9):1795-1797.
- [5] Mack E, Wee HY. Pelvic inflammatory disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in a heavy smoker after laparoscopic surgery. Ann Acad Med Singapore, 2012, 41(7):309-310.
- [6] Risser WL, Risser JM, Benjamins LJ. Pelvic inflammatory disease in adolescents between the time of testing and treatment and after treatment for gonorrheal and chlamydial infection. Int J STD AIDS, 2012,

- 23(7):457-458.
- [7] 刘丽霞. 生殖道支原体感染与剖宫产术后产褥感染相关因素分析. 中国医药导报, 2010, 7(24):150-151.
- [8] 蔚红. 生殖道支原体感染与剖宫产术后产褥感染 86 例的相关因素分析. 中国妇幼保健, 2011, 26(12):1833-1835.
- [9] 侯雯莅, 李凤艳, 刘君. 产前宣教干预产褥期阴道常见感染的分析. 中国妇幼保健, 2012, 27(30):4675-4676.
- [10] 王优君, 顾红红. 生殖道支原体属感染与剖宫产术后产褥感染相关因素分析. 中华医院感染学杂志, 2013(236):1383-1384.
- [11] 邱群芳, 韦爱平, 洪凌. 泌尿生殖系统感染解脲脲原体和人型支原体检测及药敏分析. 实验与检验医学, 2006(S1):611-612.
- [12] 杨善文, 王秋萍, 邱细梅. 剖宫产术后切口支原体感染的危险因素研究. 中国全科医学, 2012(25):2909-2911.
- [13] 姚毅, 严仔敦, 侯道前, 等. 女性泌尿生殖道支原体培养及耐药性分析. 中国妇幼保健, 2012, 27(24):3836-3837.
- [14] 杨卫萍. 553 例生殖道支原体的体外耐药性分析. 国际检验医学杂志, 2012, 33(12):1448-1449.
- [15] 邵素芳, 张海敏. 剖宫产术后切口感染的高危因素分析及干预对策. 中国性科学, 2013, 22(8):34-36.
- [16] 罗世香, 任莉. 生殖道支原体属感染与剖宫产术后并发产褥感染的相关性研究. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(2):297-298.

(收稿日期:2014-09-24)

· 性健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.038

网络不良性信息下大学生性观念的实证研究

黄宁 吕嘉敏 江剑平[△]

福建师范大学生命科学学院, 福州 350117

【摘要】目的:了解网络上的不良性信息对大学生性观念的影响,引起社会大众对净化网络环境紧迫性的思考,为在大学生中开展有关性教育工作提供参考。方法:本课题通过无记名方式、采用网络问卷和纸质问卷的形式,调查福州地区不同性别、专业、年级的 350 名大学生,统计分析网络上的不良性信息对其性观念的影响。结果:调查发现,大学生对性的态度是自己不放纵,并对他人性行为给予一定的理解和宽容。55.8% 的大学生认为网络上不良性信息使其性观念较以往开放、宽容和理解,但不接受一夜情等不负责任的性行为。绝大部分大学生认为净化网络环境刻不容缓。结论:高校应从教育内容、教育模式上着手,帮助大学生建立正确的“性道德观”,相关部门应采取措施净化网络环境,促进社会和谐发展。

【关键词】网络不良性信息;大学生;性观念;对策

The sexual concept of college students with unhealthy sexual information on the internet HUANG Ning, LV Jiamin, JIANG Jianping[△]. College of Life Sciences, Fujian Normal University, Fuzhou 350117, China

【Abstract】Objectives: To study the influence of unhealthy sexual information on the internet on the sexual concept of college students, to raise awareness of the urgency of purifying the internet environment and to provide reference for related research work and the sexual health education in college. Methods: 380 college students of different gender, major and grade were surveyed anonymously with self-designed questionnaires to study the impact on their sexual concept. Results: The result indicated that college students did not indulge themselves sexually, but showed an understanding and tolerance attitude toward those who treated sex casually. 55.8% of students admitted that the unhealthy sexual information on the internet made their sexual concept more open, but they would never accept irresponsible sex behavior as one night stand. The majority of students emphasized on the urgency of purifying the internet environment. Conclusions: Countermeasures on educational content and educational pattern should be taken by colleges to help students build a correct sexual morality concept, and internet environment should be cleaned to develop a harmonious society.

【Key words】Unhealthy sexual information on the internet; College students; Sexual concept; Countermeasures

【基金项目】福建省大学生创新创业训练计划(创新训练类)项目(201410394046);福建师范大学教师教学能力提升项目(20140101);福建师范大学精品课程建设项目(D201003016)。

【第一作者简介】黄宁(1974-),男,副教授、硕士,主要研究方向为学生思想政治教育。

[△]【通讯作者】江剑平(1969-),男,副教授、博士、硕士生导师。E-mail:jjp@fjnu.edu.cn

【中图分类号】 G 479

【文献标志码】 A

在科学技术快速发展的今天,互联网已经成为影响人们生活的一个极其重要的因素。迅猛发展的互联网,正以惊人的速度、空前的广度和深度影响着整个社会^[1]。网络作为一个强大通讯平台和搜索工具,对大学生有着积极的影响,有助于其形成宽阔的视野以及与时代表共鸣的伦理道德精神和普世价值观。但网络也像一把双刃剑,在它传递的海量的信息和知识当中,也夹杂着大量的类似虚拟性爱、黄色影视的色情信息,甚至包括一些性交易信息。世界范围内的色情网站估计有几十万个,占到了网站总数的 15% 到 20%。在 Google 和 Yahoo 搜索器上,“sex”这个词始终高居榜首。网络是一个信息宝库,也是一个垃圾堆积场^[2]。网络上不计其数的性信息、铺天盖地的性暗示,潜移默化中无时无刻不在暗示、鼓励、推动着大学生的性冲动甚至是性犯罪。这对大学生树立正确的性观念产生不可忽视的影响,从近年来媒体报道的大学生堕胎、同居、坐台、被“性承包”、当“二奶”、“一夜情”等现象可见一斑。

根据 KAB(knowledge - attitude - behavior)模型^[3]认为:个体所持有的信念、态度、知识等都会影响其行为,健康的知识、信息与积极正确的态度、观念是健康相关行为发生的基础。只有人们掌握健康知识,建立积极和正确的态度或观念,才会采取从危险行为转向健康行为的行动。基于这一模型在高校里开展一场关于大学生性健康教育情况、性观念、对网络不良性信息的认知与反应等的调查显得十分必要,并针对此现象在高校开展有目的、有计划、系统的性生理、性心理、性卫生和性伦理道德知识的综合教育^[4],从而促进大学生身心健康发展和综合素质提高,是符合高校思想政治教育的根本任务和终极目的——实现人的全面自由发展。

1 对象与方法

本次调查采用网络问卷和纸质问卷的方式同时进行无记名调查。纸质问卷当场填写当场交卷,两种方式都保证对调查者的隐私信息绝对保密,力求问卷结果真实可靠。将网络问卷和纸质问卷有效数据汇总,输入计算机,运用 SPSS 12.0 for Windows 进行统计分析,采用 z 检验进行分析, $P < 0.05$ 表示差

异具有统计学意义。参与调查的大学生共 361 名,其中参与网络问卷调查对象涉及福州大学城各大高校学生 159 人,参与纸质问卷调查对象为福建师范大学在校学生 202 人。收回有效问卷 350 份,有效率为 97.0%。其中男生 162 人,女生 188 人;文科 95 人,理科 255 人;低年级(大一、大二)103 人,高年级(大三、大四)247 人。将网络问卷和纸质问卷有效数据汇总,运用 SPSS 12.0 进行统计分析。 $P < 0.05$ 表示有统计学差异。

2 调查结果和分析

2.1 大学生性教育现状的初步探寻

绝大部分学生都接受过性教育,但是时间、阶段和途径各不一样。

调查结果显示(见表 1),57.4% 的大学生在初中阶段开始接受性教育,在高中和大学开始接受性教育的比例相近,极少部分在小学就接触过性教育。大学生开始接受性教育阶段没有性别差异而具有年龄差异。低年级学生在小学阶段开始接受性教育的比例高于高年级同学,而其在大学阶段开始接受性教育的比例低于高年级同学。说明随着教育体制和课程的完善,教育工作者正开始重视小学阶段的性教育,使得低年龄段的学生能较早接触性启蒙。

在最先接受性教育的内容中,“性生理”、“性心理”和“性道德”这些方面的知识比例较高。在所有性教育内容中,除避孕知识外,男生最先接受的各方面性教育内容普遍高于女生,高年级高于低年级。提示性教育往往是以性生理教育为突破口,逐渐深入开展的模式进行,男生和高中生在接受性教育方面更加主动,而女生则更局限偏重于避孕等安全教育。

在大学生接受性信息的途径中,主要通过网络、学校、同学、书刊杂志获得(分别占 47.7%、41.4%、36.0%、35.4%),而家庭教育只占 17.1%,说明隐私度高、信息量大的网络作为性知识的来源受到广大大学生的青睐;虽然我国学校性教育还不普及,但仍然是相当部分学生性教育的主要来源之一,而家庭在性教育方面则缺失明显。女生和低年级学生通过家庭获得性信息的比例分别高于男生和高年级学生,而通过同学间获得性信息的比例刚好相反。

表 1 大学生性教育阶段、内容和途径

		合计 $n = 350$	女生 $n = 188$	男生 $n = 162$	$P1$	高年级 $n = 247$	低年级 $n = 103$	$P2$
初次接受性教育的时间	小学	22(6.3)	8(4.3)	14(8.6)		9(3.6)	13(12.6)	**
	初中	201(57.4)	105(55.9)	96(59.3)		145(58.7)	56(54.4)	
	高中	68(19.4)	37(19.7)	31(19.1)		47(19.0)	21(20.4)	
	大学	50(14.3)	33(17.6)	17(10.5)		43(17.4)	7(6.8)	**
	弃权	9(2.6)	5(2.7)	4(2.5)		3(1.2)	6(5.8)	*
接受性教育的内容	性生理	175(50.0)	72(38.3)	103(63.6)	***	140(56.7)	35(34.0)	***
	性心理	174(49.7)	76(40.4)	98(60.5)	***	116(47.0)	19(18.4)	***
	性道德	147(42.0)	62(33.0)	85(52.5)	***	107(43.3)	12(11.7)	***
	性卫生	149(25.1)	62(33.0)	87(53.7)	***	112(45.3)	11(10.7)	***
	性病	88(25.1)	44(23.4)	44(27.2)		71(28.7)	7(6.8)	***
	避孕知识	97(27.7)	62(33.0)	35(21.6)	*	77(31.2)	4(3.9)	***
	其他	36(10.3)	25(13.3)	11(6.5)	*	28(11.3)	1(1.0)	**

续表

		合计 <i>n</i> = 350	女生 <i>n</i> = 188	男生 <i>n</i> = 162	<i>P</i> 1	高年级 <i>n</i> = 247	低年级 <i>n</i> = 103	<i>P</i> 2
获取性知识的途径	家庭教育	60(17.1)	43(22.9)	17(10.5)	* * *	31(12.6)	29(28.2)	* * *
	学校教育	145(41.4)	86(45.7)	59(10.5)		102(41.3)	43(41.7)	
	书刊、杂志	124(35.4)	63(33.5)	61(37.7)		92(37.2)	32(31.7)	
	影视	53(15.1)	21(11.2)	32(19.8)	*	42(17.0)	11(10.7)	
	网络	167(47.7)	86(45.7)	81(50.0)		140(56.7)	27(26.2)	* * *
	同学	126(36.0)	58(30.9)	68(42.0)	*	99(40.1)	27(26.3)	*
	其他	17(4.9)	6(3.2)	11(6.8)		14(5.7)	3(2.9)	

注：*P*1 表示男女间差异，*P*2 表示高年级与低年级间差异；*：*P* < 0.05，* *：*P* < 0.01，* * *：*P* < 0.001，下同

2.2 大学生浏览网上性信息的情况

表 2 调查结果显示，近六成的大学生曾经在网上看过与“性”有关的网页（成人网、写真网、正规性教育网），其中男生的比例明显高于女生。超过六成的人是因为好奇而进入性网站，持“寻求感官刺激”、“无聊打发时间”观点的男生明显高于女生。对于网络上的性信息，女生对“情感问题”更感兴趣，而男

生对“裸体/部分裸体”和“性行为/性技巧”更感兴趣。以上说明大学生因好奇而通过网络获取性信息相当普遍。但男女大学生对网络性信息的所感兴趣的焦点有所不同，男生有较强的性冲动和性欲望，更注重肉体、感官方面刺激，女生心思更细腻，更注重情感方面的陪伴和交流。

表 2 大学生浏览含性信息网页情况

		合计 <i>n</i> = 350	女生 <i>n</i> = 188	男生 <i>n</i> = 162	<i>P</i> 1	高年级 <i>n</i> = 247	低年级 <i>n</i> = 103	<i>P</i> 2
是否曾浏览过与“性”有关的网页	有	205(58.6)	82(43.6)	123(75.9)	* * *	152(61.5)	53(51.5)	
	没有	124(35.4)	95(50.5)	29(17.9)	* * *	87(35.2)	37(35.9)	
	弃权	21(4.9)	11(5.9)	10(6.2)		8(3.2)	13(12.6)	* * *
浏览“性”网站的原因	满足好奇	220(62.9)	111(59.0)	109(67.3)		158(64.0)	62(60.2)	
	寻求感官刺激	32(9.1)	7(3.7)	25(15.4)	* * *	27(10.9)	5(4.9)	
	权当学习	67(19.1)	34(18.1)	33(20.4)		55(22.3)	13(12.6)	*
	无聊打发时间	41(11.7)	10(5.3)	31(19.1)	* * *	32(13.0)	10(9.7)	
对网上的性信息的哪些方面更感兴趣	激吻	30(8.6)	11(5.9)	19(11.7)		23(9.3)	7(6.8)	
	裸体/部分裸体	46(13.1)	10(5.3)	36(22.2)	* * *	25(10.1)	21(20.4)	* *
	描述性行为/技巧	38(10.9)	12(6.4)	26(16.0)	* *	34(13.8)	4(3.9)	* *
	V 情感问题	107(30.6)	72(38.3)	35(21.6)	* * *	70(28.3)	37(35.9)	
	避孕、预防性病	31(8.9)	18(9.6)	13(8.0)		26(10.5)	5(4.9)	
	其他	23(6.6)	10(5.3)	13(8.0)		18(7.3)	5(4.9)	
	弃权	75(21.4)	55(29.3)	20(12.3)	* * *	51(20.6)	24(23.2)	

2.3 大学生对网上不良性信息的反应

表 3 显示，在接触到网络上的性信息后，53.1% 的大学生能够及时收住而不会沉迷在不良性幻想中，但对大学生产生负面影响的也占相当比例，如处于“既想观看又责备自己的矛盾心理状态”和“沉迷于网络性信息不能自拔”的大学生分别占 24.0% 和 14.0%，男生人数均明显多于女生人数。这应引起社会关注。一些学生在意识上清楚不应该沉迷于网络上的不良性信息，但是由于本能上对于性的好奇心，很容易受网上不良性信息的煽动、诱导而不能自拔，无法将注意力转移到其他方面，这在男生尤为明显。

网络上性信息虽然多如牛毛，但多数同学能较为客观看待网络性信息。超过一半人认为通过网络只是了解很小一部分性知识（占 56.0%），只有 11.1% 的学生认为通过网络可以全面了解性知识，相反有 10.3% 的人对网络上的性信息产生困惑和厌恶，认为网络展现出赤裸裸的享乐行为。可见网络虽然私密度高，简便快捷，性信息铺天盖地，但是在很大程度上不但没有为大学生学习性知识提供捷径，弥补家庭和学校性教育的空白，反而容易对学生的身心健康、审美情趣和学业造成严重影响。净化网络环境、加强学校科学引导势不容缓。

表 3 大学生对网上性信息的反应

		合计 <i>n</i> = 350	女生 <i>n</i> = 188	男生 <i>n</i> = 162	<i>P</i>	高年级 <i>n</i> = 247	低年级 <i>n</i> = 103	<i>P</i>
对网上性信息的反应	沉迷,忍不住多次搜索相关网页	49(14.0)	7(3.7)	42(25.9)	* * *	33(13.4)	16(15.5)	
	收住,否则不能解开疑惑反论陷	186(53.1)	108(57.4)	78(48.1)		131(53.0)	55(53.4)	
	既想观看又责备的矛盾心理	84(24.0)	32(17.0)	52(32.1)	* * *	66(26.7)	18(17.5)	
	弃权	78(22.3)	47(25.0)	31(19.1)		52(21.1)	26(25.2)	
浏览网上性信息对了解性知识的作用	了解全面	39(11.1)	9(4.8)	30(18.5)	* * *	33(13.4)	6(5.8)	*
	只是了解很小一部分	196(56.0)	111(59.0)	85(52.5)		133(53.8)	63(61.2)	
	反而产生困惑	36(10.3)	17(9.0)	19(11.7)		27(10.9)	9(8.7)	
	弃权	79(22.6)	51(27.1)	28(17.3)	*	54(21.9)	25(24.3)	

注:A:在第一次进入与性有关的网页之后,您的反应是(多选);B:您觉得通过网络途径,您真的了解了“性”吗(单选)

2.4 大学生对网上不良性信息的认知情况

从表 4 可以看出,色情网站在大学生中较为流行的主要原因是“生理发育成熟、渴望了解性”、“大学环境较宽松,学生可各取所需”、“学校性教育缺乏,只能另寻途径”和“周围同学都在看,自己受影响才看”等,且持这些观点的男生普遍高于女生。说明男生性欲更强,对性更坦然而主动,也更容易受到他人影响。

在对网络上带有诱惑性的性信息的态度上,约三成大学生明确表明“无聊,应该净化网络环境”,但仍有 1/4 大学生处于矛盾状态之中,既想要摆脱不良性信息的毒害,又深陷其中;甚

至有 12.0% 的大学生认为网络上的不良性信息“满足了好奇,挺好的”。说明网络负面性信息具有很强的诱惑力,大学生极易受到不良性信息的影响。

对于部分大学生运用网络寻找性伴侣的做法,明确反对的占 51.7% (女生多于男生),持理解但自己不会接受的占 38.0%,也有 8.6% 的支持这种做法,持这两态度的男生明显多于女生。表明大学生在涉及性伴侣的问题上,态度比较严谨明确,严守道德底线,但对于他人寻找性伴侣的做法则给予一定程度的宽容和理解。女生受传统思想影响较大,对待“性”更谨慎理智。

表 4 大学生对网上性信息的认知情况

		合计 <i>n</i> = 350	女生 <i>n</i> = 188	男生 <i>n</i> = 162	<i>P</i>	高年级 <i>n</i> = 247	低年级 <i>n</i> = 103	<i>P</i>
浏览“性”网站的原因	生理发育成熟,渴望了解性	151(43.1)	56(29.8)	95(58.6)	* * *	147(59.5)	55(53.4)	
	学校性教育缺乏,只能另寻途径	126(36.0)	53(28.2)	73(45.1)	* *	121(49.0)	55(53.4)	
	周围同学都在看,自己受影响才看	109(31.1)	40(21.3)	69(42.6)	* * *	96(38.9)	45(43.7)	
	大学环境较宽松,学生可各取所需	133(38.0)	70(37.2)	63(38.9)		102(41.2)	33(32.0)	
	大学课余时间多,打发时间	68(19.4)	41(21.3)	27(16.7)	*	56(22.7)	29(28.2)	
	好奇想了解	67(19.1)	49(26.1)	18(11.1)	* * *	77(31.2)	13(12.6)	* * *
对网络不良性信息的态度	无聊,会误导学生,应该净化网络	108(30.9)	57(30.3)	51(31.5)		78(31.6)	30(29.1)	
	满足好奇,挺好的	42(12.0)	16(8.5)	26(16.0)	*	21(8.5)	21(20.4)	* *
	矛盾,觉得不健康又忍不住去看	87(24.9)	47(25.0)	40(24.7)		65(26.3)	22(21.4)	
	无所谓	34(9.7)	17(9.0)	17(10.5)		30(12.1)	4(3.9)	*
	弃权	79(22.6)	51(27.1)	28(17.3)	*	53(21.5)	26(25.2)	
对于部分大学生运用网络寻找性伴侣做法的看法	支持并接受,各取所需,何乐不为	30(8.6)	4(2.1)	26(16.0)	* * *	22(8.9)	8(7.8)	
	理解,不妨碍别人就行,但自己不接受	133(38.0)	60(31.9)	73(45.1)	*	94(38.1)	39(37.9)	
	反对,损害健康,败坏学纪,有伤风化	119(34.0)	81(43.1)	38(23.5)	* * *	84(34.0)	35(34.0)	
	强烈反对,增加性病传播和堕胎几率	62(17.7)	39(20.7)	23(14.2)		45(18.2)	17(16.5)	
	弃权	6(1.7)	4(2.1)	2(1.2)		2(0.8)	4(3.9)	*

2.5 网络上的不良性信息对大学生和大学校园的影响

表 5 结果显示,网络上不良性信息对大学生和大学校园的影响既有积极的一面,也有消极的一面,但是总体上消极影响大于积极影响。约四成大学生认为网络使他们增加了对“性”的了解,但更多的人认为对他们的生活产生消极影响,比如增加了青春期躁动,容易幻想性,使他们审美情趣低俗化,荒废学业,甚至高达 15.4% 的学生认为可能容易受误导产生不当行为。不管是积极还是消极的,对男生的影响普遍大于女生。由此可见,网络上的不良性信息可能严重误导部分学生,甚至诱发其性犯罪。

网络上的性信息一定程度上影响了大学生的性观念,造成其比传统性观念更开放更宽容的局面。认为“有一定影响,性观念开放了,可以理解,但不接受一夜情或者婚前性行为”的大

学生数量占 55.4%,甚至有 8.0% 的学生认为“很有影响,可以接受和尝试一夜情”。说明网络性信息开始动摇着传统的性观念,甚至已经有少部分学生完全接受性自由,这将对他们的未来以及周围环境产生负面影响,值得高度关注。净化网络环境已势在必行。

大学生对网络上性信息对大学校园的影响有较为理智和清醒的认识。逾八成大学生认为网络性信息一定程度上助长了大学生的性冲动和性草率,使得日租房、女大学生流产数大幅度增加,超过一半的大学生认为不良性信息污染了菁菁校园这片神圣土地,增加性犯罪案件,对大学形象蒙上阴影。由此可见,大部分身处大学校园的大学生自身已经意识到网络上的不良性信息对身边环境产生的消极影响。相关部门应加大监管力度,净化网络环境,还网民一个单纯、健康的网络环境。

表 5 网络性信息对大学生和大学校园的影响

		合计 n = 350	女生 n = 188	男生 n = 162	P	高年级 n = 247	低年级 n = 103	P
对网络不良性信息的看法	增加对“性”的了解	146(41.7)	65(34.6)	81(50.0)	* *	118(47.8)	31(30.1)	* *
	对“性”产生误解,只是肉体关系	50(14.3)	32(17.0)	18(11.1)		42(17.0)	9 (8.7)	*
	审美情趣低俗化,荒废学业	93(26.6)	40(21.3)	53(32.7)	*	62(25.1)	31(30.1)	
	增加青春期躁动,容易幻想性	136(38.9)	73(38.8)	63(38.9)		97(39.3)	40(38.8)	
	增加青春期躁动,易产生不当行为	54(15.4)	19(10.1)	35(21.6)	* *	41(16.6)	13(12.6)	
	无影响	50(14.3)	32(17.0)	18(11.1)		36(14.6)	15(14.6)	
网络性信息对大学生性观念是否有影响	没有影响,传统性观念根深蒂固	49(14.0)	22(11.7)	27(16.7)		34(13.8)	15(14.6)	
	有一定影响,性观念开放了,可以理解但不接受一夜情或婚前性行为	194(55.4)	108(57.4)	86(53.1)		142(57.5)	52(50.5)	
	很有影响,性观念很开放,可以接受或尝试一夜情或者婚前性行为	28 (8.0)	7 (3.7)	21(13.0)	* *	16 (6.5)	12(11.7)	
	弃权	79(22.6)	51(27.1)	28(17.3)	*	55(22.3)	24(23.3)	
网络性信息对大学校园的影响	污染了菁菁校园这片神圣土地	195(55.7)	107(56.9)	88(54.3)		140(56.7)	70(68.0)	*
	一定程度助长了性冲动和性草率,使日租房、流产大幅度增加	286(81.7)	156 (83.0)	130(80.2)		203(82.2)	83(80.6)	
	增加性犯罪案件,影响大学生形象	191(54.6)	109(58.0)	82(50.6)		126(51.0)	65(63.1)	*
	促进性教育等相关课程的设置,丰富课程种类	124(35.4)	41(21.8)	83(51.2)	* * *	101(40.9)	55(53.4)	*
	整体没什么影响,没必要关注	17 (4.9)	2 (1.1)	15 (9.3)	* *	13 (5.3)	10 (9.7)	

3 对策与建议

通过以上的分析,我们了解到,网络信息对于大学生性知识的普及和完善有其积极的一面,但不良网络信息也容易使大学生产生性困惑,甚至诱导性犯罪的发生。大学生是生理和心智发展较为不平衡的一个群体,其中性生理和性心理的矛盾冲突所带来的困惑急需解决^[5]。综上所述,高校在加强大学生性健康教育、树立正确的性观念方面还有许多工作要做。

3.1 加快建立科学、系统的性教育体系,普及性科学知识

开展科学、系统的性教育,使不同学业阶段的学生受到适合该阶段的性教育,科学引导学生正确地认识性(性生理、性卫生、性病预防、避孕知识),理解性(包括性道德、性心理)^[6]。同时应该加强对大学生世界观、人生观、价值观和“性道德观”的教育和培养,让大学生科学正确地认识性,让他们了解性在人生中的作用和意义,

提高他们对两性关系的社会责任感,增强他们的性心理控制能力以及对性诱惑的抵抗能力,避免性道德迷失。

3.2 丰富高校性健康教育形式,发挥高校性健康教育的主渠道作用

在调查结果发现,大学生性知识的获取 47.7% 是来自于网络,41.4% 是来自于学校,虽然网络具有内容丰富、方便快捷等优势,但不加以过滤的信息易使大学生产生性困惑,并且这一数据也反映出高校在大学生性健康教育中的缺位。高校作为专门的教育机构,如何对大学生进行有效的性教育也是其一大任务^[7]。在性健康教育形式上,可以结合高校的各种教育管理方式,一方面,以课堂讲授为主要教学形式^[8],开设性健康教育课程,在思政课、文学课中可以适当增加婚恋观、性伦理等内容;通过举办校园主题文化活动、讲座、论坛、主题晚会等,激发

学生参与意识,提高学生的性认知水平。同时要利用现代通讯手段,制定适合现代大学生的新策略。^[9]

3.3 心理咨询是不可或缺的高校性健康教育模式

真正的性健康教育不仅仅包括性生理教育,也包含了性心理疏导^[10]。而大学生正处于一个性认知不足但性困惑多发的人生阶段,面对网络上的不良性信息时,一部分学生虽然理智上清楚,但行动上却不断受到诱使,沉迷于色情信息中难以自拔,进而发展成病态的网络沉溺^[11]。在这种自我矛盾自我责备中左右徘徊,不仅不利于有效利用宝贵的大学时间,将精力专注于学业上,而且长期处于否定自我、心理压抑的状态必然也将影响身心健康,同时审美情趣也愈加低俗化。高校应开设心理咨询和心理健康成长热线与学生平等交流平等对话、引导学生摆正心态、树立健康、健全的性心理^[12]。

3.4 净化网络环境,倡导全社会形成良好的教育氛围

相关部门应该加强网络文化管理,净化网络环境^[13,14]。要健全法律法规,提高依法管理水平,对于网络上违规违法的行为做到违法必究、执法必严,从根本上对互联网企业或者个人散布不良信息的行为起到震慑作用;互联网企业要意识到其所担负的社会责任,加强行业自律,文明办网,自觉维护主流思想,传播先进文化和抵御低俗之风,为人们创造一个良好的网络环境。

参 考 文 献

- [1] 王定国,周银.论不良网络文化对当代大学生“性道德观”的影响及对策——以杭州高校大学生为研究对象.宁夏社会科学,2012,3(2):61-62.
- [2] 魏寒冰.网络对大学生性行为影响研究.中国性科学,2012,21(4):58-61,64.

- [3] Leiserowitz AA, Kates RW, Parris TM. Sustainability values, attitudes, and behaviors: A review of multi-national and global trends (CID working paper No. 13). Cambridge, MA: Science, Environment, and Development Group, Center for International Development, Harvard University, 2004.
- [4] 周向欣,王华,安海燕.高校性健康教育课程建设的回顾与展望.现代教育科学:高教研究,2011,(2):134-137.
- [5] 张欢.高校大学生性道德教育探析.渤海大学学报(哲学社会科学版),2012(4):153-154.
- [6] 常进锋.当代青年大学生性健康教育反思与促进——基于贵州高校的实证分析.浙江青年专修学院学报,2013,31(4):37-39.
- [7] 黄艺娜,张铭清,江剑平.大学生婚前性行为 and 性态度调查分析.中国性科学,2012,21(1):19-21.
- [8] 郭瑞雪.高校性健康教育有效开展的途径.淮北煤炭师范学院学报(哲学社会科学版),2010,31(3):188-189.
- [9] 汪坤秀.网络在女大学生性健康教育中的应用.中国学校卫生,2005,7(26):572.
- [10] 江剑平.大学生性健康教育.北京:科学出版社,2010.
- [11] 张淑芹.关于大学生性道德教育的对策研究.理论界,2005(4):137-138.
- [12] 卫林.论大学生性道德教育及其意义.萍乡高等专科学校学报,2007(1):51-53.
- [13] 梁秀芳,徐继开.关于大学生性道德教育的思考.山西高等学校社会科学学报,2009(7):104-107.
- [14] 吴扬.高校性道德教育及拓展大学生性道德素质的实施途径.中国校医,2008(2):235-237.

(收稿日期:2014-10-27)

· 性健康 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1039.2015.07.039

小学生家长预防儿童性侵犯教育影响评价

陈晶琦¹ 孔艳秋² 李向梅² 李景壹¹ 张文静¹ 冯亚男¹ 赵晓侠¹ 陈大光³ 于卜一¹
金怡晨¹ 邱辰⁴

1 北京大学医学部公共卫生学院儿童青少年卫生研究所,北京 100191

2 阜新市教师进修学院,辽宁 阜新 123000

3 辽宁工程技术大学成人教育学院,辽宁 阜新 123000

4 北京市第六医院,北京 100007

【摘 要】目的:探讨以自学方式开展的预防儿童性侵犯教育对小学生家长知识和亲子间交流的影响。方法:参与本研究活动的小学生家长来自东北某城市2所小学1~6年级的24个班级。家长以班级为单位随机分为教育组和对照组。通过学校发给学生家长包括有预防儿童性侵犯教育内容的自学材料。采用不记名自填问卷方式对家长进行教育前和教育后3个月问卷调查,评价预防儿童性侵犯教育对小学生家长知识和与子女交流的影

【基金项目】Bernard van Leer基金会、Oak基金会、UBS Optimus基金会共同发起的“儿童与暴力评价挑战基金”资助。

【第一作者简介】陈晶琦(1958-),女,研究员,主要从事学校健康教育、预防儿童虐待研究工作。

响。结果:总计有762名小学生父母参与了教育前和教育后2次问卷调查,并返回了合格问卷。与教育前相比,教育组和对照组家长预防儿童性侵犯教育知识和与子女交流活动得分均有明显增高。但教育后教育组家长的知识交流活动得分增长值要明显高于对照组家长的得分增长值,其差异有统计学意义。结论:本研究结果提示,通过自学,可有效提高家长预防性侵犯知识,并促进其与子女预防儿童性侵犯问题的交流。

【关键词】 小学生家长;预防儿童性侵犯教育;知识;亲子交流

Impact of child sexual abuse prevention education on elementary school pupils' parents CHEN Jingqi¹, KONG Yanqiu², LI Xiangmei², LI Jingyi¹, ZHANG Wenjing¹, FENG Yanan¹, ZHAO Xiaoxia¹, CHEN Daguang³, YU Buyi¹, JIN Yichen¹, QIU Chen⁴. 1. Institute of Child and Adolescent Health, Peking University Health Science Center, Beijing 100191, China; 2. Fuxin Teacher Training Institute, Fuxin 123000, China; 3. College of Adult Education, Liaoning Technical University, Fuxin 123000, China; 4. Beijing No 6 Hospital, Beijing 100007, China

【Abstract】 **Objectives:** To explore the impact of child sexual abuse (CSA) prevention education on knowledge and parent-child communication of elementary school pupils' parents. **Methods:** The pupils' parents involved in this study were from 24 classes of grade 1-6 of 2 schools in a city, northeast part of China. The parents were divided into education group and control group by class randomly. The self-study materials were delivered to pupils' parents by school teachers. Self-administered anonymous questionnaires were used to evaluate the impact of CSA prevention education on parents' knowledge and parent-child communication by pre-test and post-test 3 months after education respectively. **Results:** Altogether, 762 pupils' parents completed pre-test and post-test questionnaire survey and returned eligible questionnaires. Comparing with the results of pre-test, the scores of knowledge and parent-child communication in post-test were significantly increased in education group and control group. But the score growth of knowledge and parent-child communication in education group was significantly higher than the score growth of parents in control group. **Conclusion:** CSA prevention education of self-study materials can effectively increase parents' knowledge and improve parent-child communication of CSA prevention.

【Key words】 Elementary school pupils' parents; Education of child sexual abuse prevention; Knowledge; Parent-child communication

【中图分类号】 G479

【文献标志码】 A

在我国一些局部地区基于儿童、青少年学生的调查结果显示^[1-7],儿童性侵犯问题在我国并非少见。而且一些研究还显示,与国外一些研究结果相似,童年期性侵犯经历与青少年学生心理健康问题和健康相关危险行为问题相关^[1-4,7]。对小学家长问卷调查结果显示,相当部分家长缺少预防儿童性侵犯知识,也缺少与子女的交流,如只有50%左右的小学生家长曾与孩子谈论过不要保守性侵犯的秘密,若有性侵犯发生,要告诉父母或其他可信任的成人^[8,9]。提示我们有必要在小学生家长中开展预防儿童性侵犯教育,以提高父母预防儿童性侵犯教育知识水平,促进与子女的交流。有关预防儿童性侵犯教育研究,目前我国已有一些以儿童为教育对象的教育评价研究^[10-12],但尚缺少有关小学生家长预防儿童性侵犯教育的影响评价研究。本研究将初步探讨以自学方式开展预防儿童性侵犯教育对小学生家长知识和与子女交流的影响,本研究结果也将为在我国小学生家长中广泛开展预防儿童性侵犯教育提供参考。

1 对象和方法

1.1 研究对象

本研究对象来自同意参加这项活动的2所小学1~6年级24个班的小学生家长。每个学生有一名家长参与。总计有762名父母完成了教育前和教育后2次调查,并返回了有效调查问卷。其中教育组372人,对照组390人。在762名小学生家长中,父亲121人,占15.9%,母亲641人,占84.1%,父母年龄为27~57岁,平均 (36 ± 3.9) 岁。父母文化程度,初中及以下占

18.1%,高中占41.9%,大专占22.1%,大学本科及以上占17.9%。其子女为女孩的占50.4%。子女年龄范围为5~13岁,平均 (9.2 ± 2.0) 岁,1~3年级占47.1%,4~6年级占52.9%。

1.2 教育方法

采用自学方法在小学生家长中开展预防性侵犯教育。教育材料由学校老师发放。有关预防性侵犯教育内容主要包括人身体的隐私部位;儿童性侵犯的概念;对儿童进行性侵犯的人;如果受到性侵犯要告诉父母或其他可信任的人;发生性侵犯,是侵犯者的错;男孩也可能被性侵犯,等。利用列出的情景,鼓励家长与儿童进行“如果……怎么办”的练习,帮助孩子学习预防性侵犯基本知识和技能,如:隐私部位不能被别人看或摸;遇到性侵犯或潜在有性侵犯发生情景时,要拒绝、离开,并告诉父母或其他可信任的人。

1.3 评价方法

采用不记名自填式问卷调查方法,分别于教育前、教育后3个月进行问卷调查。在问卷首页注明注意事项及填写方法。在预防儿童性侵犯知识题目前面,讲明本研究中儿童性侵犯的定义。本研究调查内容参考了国外相关文献^[13]和以往的研究^[8,9],主要包括:(1)一般人口学指标,如儿童性别、年龄;参与调查者与学生的关系、父母亲的文化程度等。(2)预防儿童性侵犯知识,5个条目。每个条目回答正确计“1”分,回答不正确计“0”分,知识题目分量表得分范围为0~5分。(3)亲子间预防性侵犯知识交流,6个条目。对于每个题目,回答谈过,记

“1”分,没谈过计“0”分。与子女交流分量表总得分范围为 0~6 分。基于本研究的教育前数据,计算预防儿童性侵犯知识和交流活动分量表题目内部一致性系数,分别为 0.507 和 0.677。

1.4 数据分析

计算相关指标的百分数、均值、标准差,以及教育前后得分增长值,描述家长教育前和教育后预防性侵犯知识和与子女交流状况,以及变化情况;采用 χ^2 检验、 t 检验分析方法,比较教育前和教育后教育组与对照组间的差异、变化的差异,探讨自学方式开展的教育活动对小学生家长知识和与子女交流的影响。

2 结果

2.1 预防儿童性侵犯知识

教育前教育组与对照组家长知识得分比较,差异没有统计学意义。教育后 3 个月,教育组家长知识得分明显高于对照组家长知识得分,差异有统计学意义。

教育后 3 个月与教育前 2 次测量自身比较,教育组和对照组家长教育后知识得分均明显高于教育前的知识得分,差异有统计学意义;但教育后教育组家长知识得分增长值明显高于对照组家长知识得分增长值,差异有统计学意义。见表 1。

表 1 教育前后家长预防性侵犯知识与与子女交流得分

	教育组		对照组		两组比较	
	均值	标准差	均值	标准差	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
知识得分(0 ~5 分)						
教育前	2.03	1.34	1.99	1.38	0.377	0.706
教育后	2.97	1.43	2.45	1.32	5.147	0.000
得分增长值	0.94	1.51	0.46	1.41	4.512	0.000
教育前后自身比较	<i>t</i> = 12.041 <i>P</i> = 0.000		<i>t</i> = 6.502 <i>P</i> = 0.000			
态度得分(2 ~8 分)						
教育前	5.99	1.32	6.03	1.22	0.448	0.654
教育后	6.11	1.35	6.09	1.21	0.221	0.825
得分增长值	0.12	1.36	0.06	1.32	0.638	0.524
教育前后比较	<i>t</i> = 1.714 <i>P</i> = 0.087		<i>t</i> = 0.882 <i>P</i> = 0.378			
交流得分(0 ~6 分)						
教育前	4.69	1.33	4.80	1.37	1.146	0.252
教育后	5.29	1.17	5.12	1.21	1.966	0.050
得分增长值	0.60	1.36	0.32	1.25	2.973	0.003
教育前后比较	<i>t</i> = 8.561 <i>P</i> = 0.000		<i>t</i> = 5.115 <i>P</i> = 0.000			

关于 5 项知识回答正确率,教育前教育组与对照组家长比较,5 项知识回答正确率均无明显差异。教育后与教育前自身比较,教育组家长 5 项知识回答正确率均明显高于教育前,差异有统计学意义;对照组家长,有 3 项知识回答正确率明显高于教育前,差异有统计学意义。教育后两组比较,教育组有 4 项知识

回答正确率明显高于对照组家长,差异有统计学意义。这 4 项知识分别是:受到性侵犯的儿童通常不会在身体上留下明显的痕迹;女性也有可能对儿童进行性侵犯;男孩也有可能受到性侵犯;性侵犯者可以很容易地阻止儿童告诉任何人。见表 2。

表 2 教育前后家长预防儿童性侵犯知识回答正确率(%)

	教育组($n = 372$)			对照组($n = 390$)			两组比较(χ^2)	
	教育前	教育后	与教育前比较(P)	教育前	教育后	与教育前比较(P)	教育前	教育后
1. 对儿童进行性侵犯的人多为儿童熟悉的人	33.1	42.5	0.003	29.2	42.8	<0.001	1.306	0.009
2. 受到性侵犯的儿童通常不会在身体上留下明显的痕迹	19.9	33.9	<0.001	15.9	17.7	0.505	2.072	26.172**
3. 女性也有可能对儿童进行性侵犯	39.2	70.7	<0.001	41.5	59.0	<0.001	0.415	11.459**
4. 男孩也有可能受到性侵犯	59.4	80.9	<0.001	58.5	73.1	<0.001	0.071	6.584*
5. 性侵犯者可以很容易地阻止儿童告诉任何人	51.1	68.8	<0.001	53.8	52.8	0.789	0.586	20.411**

注: * 为 $P < 0.05$; ** 为 $P < 0.01$

2.2 親子間預防性侵犯問題交流

教育前教育組與對照組家長交流活動得分比較, 差異沒有統計學意義。教育後 3 個月與教育前自身比較, 教育組和對照組家長與子女交流得分均明顯高於教育前得分, 差異有統計學意義; 但教育組家長與子女交流活動得分增長值明顯高於對照組家長的得分增長值, 差異有統計學意義, 參見表 1。

關於與子女交流的 6 個條目, 回答交流過的比率, 教育前教育組與對照組家長比較, 差異均無統計學意義。教育後與教育前自身比較, 教育組家長有 3 個條目回答與子女交流過的比率明顯高於教

育前, 差異有統計學意義。這 3 個條目分別是隱私部位不能隨便被人看和摸; 如果有人要看或摸隱私部位要拒絕, 並迅速離開; 如果受到性侵犯應該告訴父母或其他可信任的成人。對照組家長有 2 個條目回答給子女講過的比率明顯高於教育前, 差異有統計學意義。這 2 個條目分別是如果有人要看或摸隱私部位要拒絕, 並迅速離開; 如果受到性侵犯應該告訴父母或其他可信任的成人。

教育後兩組比較, 有 1 個條目如果受到性侵犯應該告訴父母或其他可信任的成人, 教育組家長回答給孩子講過的比率明顯高於對照組家長, 差異有統計學意義。見表 3。

表 3 教育前後家長與子女交流預防性侵犯知識的比率 (%)

	教育組 (n = 370)			對照組 (n = 392)			兩組比較 (χ^2)	
	教育前	教育後	與教育前比較 (P)	教育前	教育後	與教育前比較 (P)	教育前	教育後
1. 人身體的隱私部位不能隨便被人看和摸	64. 2	77. 2	<0. 001	67. 7	72. 1	0. 090	1. 007	2. 609
2. 如果有人要看或摸你身體的隱私部位, 要拒絕, 並迅速離開	61. 6	80. 6	<0. 001	66. 2	79. 7	<0. 001	1. 743	0. 097
3. 如果受到性侵犯應該告訴父母或其他可信任的成人	51. 6	76. 6	<0. 001	55. 4	66. 7	<0. 001	1. 089	9. 247 **
4. 即使是非常熟悉的成人, 需要得到父母的同意才能跟他走	94. 6	97. 0	0. 124	94. 6	96. 9	0. 151	0. 000	0. 009
5. 不要接受陌生人的禮物, 除非得到家長的同意	98. 7	98. 4	1. 000	97. 7	98. 5	0. 581	0. 980	0. 007
6. 如果一個你不認識的人讓你帶他去附近的商店或什麼地方, 不要跟他走	97. 8	99. 2	0. 227	98. 2	98. 2	1. 000	0. 125	1. 436

注: ** 為 P < 0. 01

3 討論

目前, 有關兒童家長預防性侵犯教育影響評價研究較少。Burgess 和 Wurtele^[14] 對來自 Colorado 社區的 45 名 2~6 歲兒童家長的研究顯示, 與對照組家長相比, 看過預防兒童性侵犯視頻的家長, 顯示出更強的與孩子談論性侵犯問題的意願, 追蹤調查顯示, 這些家長也報告更多地與孩子交流了有關兒童性侵犯問題。這項研究結果為教育視頻可促進父母與子女交流有關兒童性侵犯問題, 提供了初步的支持證據。

本研究結果顯示, 總的看來, 與對照組家長相比, 通過自學方式開展預防兒童性侵犯教育的教育組家長, 預防兒童性侵犯知識和與子女交流的水平明顯提高。研究還顯示, 與教育前比較, 對照組家長預防兒童性侵犯知識和與子女交流水平也有明顯的提高。可能的原因, 教育前問卷調查本身, 提高了家長對兒童性侵犯問題的關注, 使家長注意尋求相關知識, 並注意與兒童交流這一問題。

本研究中, 由於教育前有近 95% 或以上的家長都與孩子談論過即使是非常熟悉的成人, 需要得到父母的同意才能跟他走; 不接受陌生人的禮物; 不和陌生人走等。所以, 這幾個條目教育後家長回答講過的增長比例極其有限。總的看來, 與子女交流的 6 個條目, 在教育組家長中, 教育後增長最多的交流過的

條目是如果受到性侵犯應該告訴父母或其他可信任的成人; 其次是如果有人要看或摸你身體的隱私部位, 要拒絕, 並迅速離開; 再其次是人身體的隱私部位不能隨便被人看和摸。這三條信息是預防兒童性侵犯教育中比較重要的信息。值得注意的是, 儘管教育後教育組家長與子女交流過上述三條信息的比例有明顯的增長, 但教育組仍有 20% 左右的家長沒有與兒童交流過上述信息。這些家長為什麼沒有與孩子交流這些信息? 與兒童交流預防性侵犯問題的困難是什麼? 在我們對 20 名小學生家長的訪談顯示, 家長雖然願意對孩子進行預防性侵犯知識和技能的教

育, 但由於缺少這方面知識, 不知道該如何講。同時家長也比較擔心與孩子談論這方面問題, 會使孩子對性問題過分好奇^[15]。目前, 在我們有關兒童家長與子女交流預防性侵犯問題的主要困難的報告還比較少。今後研究中需要加強這方面問題的調查, 以便進一步促進家長與子女交流預防性侵犯問題。

本研究的局限性主要表現在教育材料還有待進一步完善, 如適當增加對性侵犯受害者的認識; 如何適當應對兒童披露性侵犯事件。有關教育影響評價內容, 在未來的研究中可適當增加與兒童交流預防性侵犯問題的自我效能。儘管本研究還有一些內容有待完善, 但本研究的意義在於在我們初步探討了以

自学方式开展预防性侵犯教育对家长的影响,提示用自学方法可有效改善家长知识、促进家长与子女的交流,为今后在家长中更进一步开展预防性侵犯教育研究提供了参考。

(致谢:感谢所有参与这项研究的家长和教师,以及为本研究提供支持和帮助的人。本评价项目由儿童与暴力评价挑战基金提供资助。该基金由 Bernard van Leer 基金会、Oak 基金会、UBS Optimus 基金会共同发起资助,并由欧洲基金会网络管理。本文内容的唯一责任在于作者,不一定反映欧洲基金会网络或儿童与暴力评价挑战基金或赞助的基金会的立场。)

参 考 文 献

- [1] 陈晶琦,韩萍,连光利,等. 中国6省市2508名大学生儿童期性虐待经历回顾性调查. 中华流行病学杂志, 2010, 31(8): 866-869.
- [2] Chen JQ, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in China: A study of adolescents in four provinces. Child Abuse Negl, 2004, 28(11): 1171-1186.
- [3] Chen JQ, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in Henan province, China: Associations with sadness, suicidality and risk behaviors among adolescent girls. Journal of Adolescent Health, 2006, 38(5): 544-549.
- [4] 陈晶琦,韩萍, Dunne PM. 892名卫校女生儿童期性虐待经历及其对心理健康的影响. 中华儿科杂志, 2004, 42(1): 39-43.
- [5] 谷来有,迟淑艳,张兆华. 某高校大学生儿童期性虐待情况. 中国学校卫生, 2005, 26(4): 309-310.
- [6] 孙言平,董兆举,衣明纪,等. 1307名成年学生儿童期性虐待发生情况及其症状自评量表测试结果分析. 中华儿科杂志, 2006, 44(1): 21-25.

- [7] Lin D, Li X, Fan X, et al. Child sexual abuse and its relationship with health risk behaviors among rural children and adolescents in Hunan, China. Child Abuse & Neglect, 2011, 35(9): 680-687.
- [8] Chen JQ, Chen DG. Awareness of child sexual abuse prevention education among parents of Grade 3 elementary school pupils in Fuxin City, China. Health Educ Res, 2005, 20(5): 540-547.
- [9] Chen JQ, Dunne MP, Han P. Prevention of child sexual abuse in China: Knowledge, attitudes, and communication practices of parents of elementary school children. Child Abuse & Neglect, 2007, 31(7): 747-755.
- [10] 陈晶琦,张文静,李景壹,等. 北京市三所学校初一学生预防儿童性侵犯教育影响评价. 中国儿童保健杂志, 2013, 21(1): 23-26.
- [11] 陈晶琦,杜晓娜,张曼. 农村小学四年级学生预防性侵犯教育影响评价. 中国性科学, 2013, 22(2): 68-72.
- [12] Zhang W, Chen J, Feng Y, et al. Evaluation of a sexual abuse prevention education for Chinese preschoolers. Research on Social Work Practice, 2014, 24(4): 428-436.
- [13] Babatsikos G. Parents' knowledge, attitudes and practices about preventing child sexual abuse: a literature review. Child Abuse Review, 2010, 19(2): 107-129.
- [14] Burgess ES, Wurtele SK. Enhancing parent-child communication about sexual abuse: a pilot study. Child Abuse Negl, 1998, 22(11): 1167-1175.
- [15] 韩萍,陈晶琦. 小学生家长对儿童性侵犯问题认识的定性分析. 中国学校卫生, 2008, 29(8): 697-698.

(收稿日期:2014-09-09)

· 性心理学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.040

大学生性爱观:一项质的个案研究

唐璐嘉

西华大学,成都 610039

【摘 要】 性爱观指人们对于性、爱情以及性和爱情关系的基本看法及所持有的态度评价,是指导其性与爱行为的心理因素,包含认知方式、态度评价、行为倾向三个层面。爱与性已成为大学生在校生活中面临的重要人生内容,直接影响着他们的恋爱与性行为。本研究基于质的研究方法,经由网络进行调查,选取20人资料饱和的问卷进行编码、归类和分析。研究发现,大学生性爱观具有以下诸特点,如:性爱结合是主流,他们肯定性对爱的增进作用;大学生作为性爱观主体,或客体,在男女性别维度上,都存在较明显的双重标准。

【关键词】 大学生;性爱观;质的研究

【基金项目】 西华大学校青年基金项目资助(QW0820401)。

【作者简介】 唐璐嘉(1983-),女,讲师、心理学硕士、注册心理师,主要从事青少年恋爱与性心理方向的研究和心理咨询工作。

View of sex and love of college students: a qualitative case study TANG Lujia. *Mental Health Service and Research Center, Xihua University, Chengdu 610039, China*

【Abstract】 View of sex and love is the basic view of people towards sex, love, and the relationships between sex and love, as well as people's attitude, which is the psychological factors guiding their behaviors of sex and love. It includes cognitive style, attitude and behavioral tendency. Sexual love has become an important content in the school life of college students, which impacts their behaviors of sex and love directly. 20 questionnaires of 20 cases were coded, classified and analyzed in this paper, though which various characteristics of college students' view of sex and love were discovered for example that most college students believed in integration between sex and love and the positive role of sex to love, and they had obviously double standard on the gender dimension, and etc.

【Key words】 College students; View of sex and love; Qualitative study

【中图分类号】 G479

【文献标志码】 A

1 问题的提出

性爱观指人们对于性、爱情以及性和爱情关系的基本看法及所持有的态度评价,是指导其性与爱行为的心理因素,包含认知方式、态度评价、行为倾向三个层面。

大学生,恰处于埃里克森心理社会发展阶段理论所划定的成人前期(18~30岁),埃认为此阶段个体面临的危机是“亲密-孤独”,解决此危机的关键品质是“爱”,此阶段是大学生们建立稳定快乐的两性亲密关系的关键时期。大学生处于浪漫的恋爱渴求期,也正处于“性待业期”,性需求的意识较强,大学生的心理、生理特点以及“离家外居”这一情境因素使他们的恋爱与性的发生几率增大。加之多元性爱文化的浸润,如公众文化性信息的增多等,爱与性已成为大学生在校生活中自然会面临的人生内容。但由于科学性教育相对薄弱,大学生常常只能在其可及的朋辈、网络为主的有限资源中,通过亲践去了知并体悟爱与性。大学生的性爱观是他们的价值观在爱与性问题上的体现,直接影响着他们的恋爱与性行为。由于身心处于变化期,身体成熟、情感投注与性体验都还不足够稳定,稚嫩、欠科学的性爱观常常给大学生自身带来心身的双重伤害。

在国外,已有较多以婚前性行为容许度为指标的大学生性观念研究,发现大学生性观念总体呈较开放姿态。如,Robinson等在1972年至1987年15年间,对868名大学生被试进行了调查,结果显示被试对婚前性交无论从态度还是从行为上都愈趋开放。在性爱观领域的研究中,国外研究者有的从社会心理学视角切入,如:Ellen Sieg在2007年聚焦于有性经历的女青年进行的质性研究,发现她们的亲密关系和性关系显露出不确定、失望和妥协;MIE KITO 2005年在美国与日本大学生中对浪漫关系和友谊中的自我暴露进行了对比研究。有的从公共健康视角切入,如:Ainhua Rodriguez Garcia de Cortazar等2009年研究西班牙的罗马青少年对毒品与风险性行为的態度,结果表明男生在性关系中仅偶尔使用避孕套,他们将此归因于服用毒品后敏感丧失、对性的不可控以及没有现成的避孕套。研究者十分强调针对此群体进行改善行动的必要性,因为这将成爲艾滋病传播的高危途径;Anita Bralock等2009年调查主动发生性行为的女青年对亲密关系的看法,结果表明她们大多很渴求恋人的爱,并且也愿意满足恋人提出的性要求,即使是没有安全保护的^[1-5]。

在国内,学者们曾基于多种学科背景对性爱观及相关范畴进行过探究:心理学(如:《大学生恋爱态度及其与性心理健康的相关研究》,周海涛,2007;《当代大学生的婚恋观及其影响因素》,杨艳玲,2007)、社会学(如:《当代大学生性爱观之社会学研究》,曲珩,2003)、文学(如:《回归人类的原点——论渡边淳一小说的性爱观》,闵致康,2006)、历史文化学(如:《现代性爱观念与民国时期的非婚同居问题》,余华林,2009)、伦理学(如:《大学生恋爱观及其伦理审思》,张颖,2006)。其中,具有广泛影响力的为中国人民大学性社会学研究所的潘绥铭教授所著《性爱十年:全国大学生性行为的追踪调查》、《中国当代大学生的性观念与性行为》,其中从贞操观、发生性爱的主观认知可能性和性压抑三方面对性爱观进行调查研究。

国内的大学生性爱观研究,多为建立在统计意义数据上为主的定量研究,较少有以个案、访谈为主,探究其心理过程的质的研究。而对过往国内外研究的梳理发现,单从定量研究中,很难全面了解到大学生性爱观的心理体验与历程。本研究在过往相关研究基础上,通过质性研究的方法获知大学生对性、爱情以及性与爱情关系的看法、态度和评断,即性爱观;并从心理学的视角探究大学生性爱观的历程与架构。旨在让大学生群体以及家长、教师对当代大学生的性爱观状态有较全面真实的了知与理解,以期增进大学生对性爱观的理性认知,实现了维护其自身性生理心理健康的必要条件——性爱的科学认识与自我保护,从而拥有更健康更快乐的两性关系;同时,为教育者开展科学、适时、有效的大学生性教育与性心理咨询提供依据,给予大学生真切所需的性爱观与两性交往的科学指导与心理支持,从而为引领大学生树立积极的性爱观、为大学校园建设良好的性文明提供可能^[6-8]。

2 研究方法

本研究基于质的研究方法。在文献查阅梳理与全开放式预访谈的基础上,编制结构式的半开放式问卷《大学生性爱观网络调查卷》。结合“目的性”与“滚雪球”的抽样原则,在网络上通过QQ群邮件、论坛等形式发布问卷并征求回复。最终从返回的问卷中,选取20份真实可查度较高且回答完整、详细,达到资料饱和的问卷,进行整理,并在整理过程中通过QQ、电子邮件为载体与受访者保持交流,进行验证、澄清与补足。受访者信息见表1。

表1 受访者信息

受访者	性别	年龄	所处地域	性经历	恋爱状态	父母婚姻状态
M01	男	20	四川	未答	一直未恋	原配
M02	男	19	四川	有	异性恋中	原配
M03	男	22	四川	无	异性恋中	原配
M04	男	18	四川	无	一直未恋	原配
M05	男	20	四川	未答	异性恋过	原配
M06	男	21	四川	无	一直未恋	原配
F07	女	20	上海	无	异性恋过	原配
F08	女	21	湖南	无	一直未恋	原配
M09	男	20	浙江	有	异性恋中	原配
F10	女	20	四川	无	异性恋过	原配
F11	女	20	四川	无	异性恋中	原配
M12	男	21	四川	无	异性恋过	原配
M13	男	22	四川	无	异性恋过	原配
M14	男	23	四川	无	异性恋过	原配
M15	男	21	四川	无	一直未恋	原配
F16	女	21	四川	无	一直未恋	原配
F17	女	21	四川	无	异性恋过	丧偶
F18	女	20	四川	无	异性恋过	原配
M19	男	20	四川	无	异性恋过	原配
M20	男	22	四川	有	异性恋过	原配

性爱观包含认知方式、态度评价、行为倾向三个层面,笔者将此作为码别,在对原始资料进行初始整理、深入阅读、找寻核心概念之后,对其编码、归类,继而对资料以类属分析与情境分析相结合的方式进行分析。性爱观调查内容见表2。

表2 性爱观的内容

性爱认知	1. 性与爱的关系 2. 性发生前后,爱的心理体验变化与否 3. 性与爱的意义
性爱态度	1. 大学生性爱现状 2. 同性恋 3. 过往性经历
性爱行为倾向	1. 对性的背叛与爱的背叛的接受倾向 2. 性的发生倾向 3. 性爱关系的寻求倾向

3 研究结果

3.1 性爱观之——性爱认知

3.1.1 性与爱的关系

3.1.1.1 性爱应依随 绝大多数大学生认为爱与性应同时共存。其中,爱是性的前提,性是爱的进阶。M03:在我自己看来,有爱才应该有性。爱情中有性的存在,性关系中必定有爱的存在。因为爱情是两个人的事情,且男欢女爱之间,必定在生理需要时存在性的关系。当然反之,性过程中也应该有爱,如果没有就不可能有愉快的性关系。F07:我觉得性是建立在爱上的,当爱到了一定程度,才会发展到性爱,性爱是两人之

间非常亲密的一种行为。我觉得爱情中应该有性的存在,爱是神圣的,性一样是,性除了是爱的表现外,也是双方合二为一的表现,同时是爱的延续。

3.1.1.2 性爱可分离 少数大学生认为可以有爱无性。M09:在我和女友没有性关系之前,我们还是很相爱的。少数大学生认为可以有性无爱,均为男生。M09:有性不一定有爱。很多人看AV片,对里面的AV女星都有性冲动,如果有机会让他们和AV女星做爱,他们肯定愿意,包括我。但他们谁又会爱上AV女星呢?

3.1.1.3 极少数女生提到性的发生应在婚姻之后 F10:结婚才能有性。

3.1.1.4 性是爱的特征 M02:性是爱情与其他感情的区别。

3.1.2 性发生前后,爱的心理体验变化与否

3.1.2.1 主观上多认为性会影响爱的体验,且更多是促进作用 F18:应该会有吧,一起没有过,现在发生了肯定有些看法的。比如说关系的亲密程度不同了,会更珍视对方了吧!男生可能会认为我应该对这个女生负责任了,应该珍惜她。女生会认为既然把自己交给了这个男生,证明这个男生是值得我们托付的人,应该好好相处,珍惜对方。部分大学生认为男生女生对此有区别。F11:会有变化。也许我的想法太消极,但是我的确是这么认为的。对男生来说,发生了关系以后他就不会像以前一样对你好了,因为得到的东西就不珍贵了。原本好奇神秘的东西现在都已经揭开谜底了就没什么好了。女生会觉得第一次都给他了,就想能和他在一起一辈子,就会处处忍让。极少数大学生认为爱的心理体验在发生性前后无变化。F16:我认为,大学生会和社会上的人看法不一样,大学生多数是因为爱才性的吧,所以大学生对发生对象大多数都是建立在爱的基础上的吧,因此,在前后应该没什么变化。

3.1.2.2 以直接经历或间接经验为准 暂无明晰看法。M03:意见保留,没经历过不清楚……。直接经历。认为性前后,男生的爱无变化。持此观点者均为男生。M09:至少从我来说,没有什么变化,在没有和女友发生性关系以前我就只想和她结婚,发生以后也只想和她结婚。女生的话,我女友确实是比以前更爱我了,更关心我了,更在乎我了。间接经验。认为性会导致爱产生变化。均为女生。F07:会有。发生性关系后,我所看到的是多数女生更在乎男生了,而男生相对来说没有以前重视那个女生了(这是根据身边同学的情况来说的)。F08:我没有和别人发生过性关系,所以我真的不知道,但是见身边的同学发生过性关系的情侣关系都变好了,也更亲密了!

3.1.2.3 其它因素 M19:看她是不是第一次!

3.1.3 性与爱的意义

3.1.3.1 性的意义 多数认为性具有积极意义,且与婚姻、责任建立联结。M02:这(指性)是爱的体现,证明了爱的程度;它的发生让我更爱她了。M13:我觉得当双方能发生性关系的时候,说明他们感情很稳固,双方都有生活在一起,成立家庭的觉悟。较少数认为性有消极的意义,其中多为女生。F07:性的发生一方面可以巩固两人感情,但是也有一些小忧虑,女生会经常担心自己会不会怀孕的事,并且发生性也需要一个安全的地方,这对大学生来说也是一个负担。F16:性确实是大学生所承受不起的,带来的只是痛苦和后悔。极少数大学生提及性

单纯的生理意味。为男生。M06: 性发生——释欲。

3.1.3.2 爱的意义 爱的单面意义。认为爱情对大学生均是正向的作用。F07: 我觉得爱情是一个让人学会关心人, 照顾人的课堂, 同时人也会长大学会担当。M14: 爱情我觉得对大学生来说是很重要的一样东西。它会让大学生锻炼、学习怎么与另一半相处。怎样协调各方矛盾。怎么处理各种事务。另外让大学生感受爱的美好, 让人心理更阳光。爱的双面作用。认为爱情利弊影响均存在。M12: 爱情是对大学生的一种催化剂, 它也许能促进有利的方面, 也许也会出些负面的东西。毕竟现在的大学生最重要的还是学习, 爱情会成就一个好学生也能废掉一个好学生。而且当代的大学生, 单身有很多的空洞时间, 有了一个很好的爱情, 它会很好的帮你解决一些问题。记得前几天我收到了一条短信, 每天亲吻男友8分钟, 你的嘴唇在冬天不会干裂。

3.2 性爱观之——性爱态度

3.2.1 大学生性爱现状 据大学生所知, 大学生群体中性爱的发生已不罕见。

3.2.1.1 无明确褒贬态度 M09: 我大学以前的交友很广泛也很复杂, 那些朋友现在很多都有了性经历, 包括一些以前看着很老实的男生和六根清净的女生, 现在很多都有了性经历。但是在某大学(一所国家重点211高校), 我交际圈里的人, 有过性经历的是少数。我认为对于贞洁的重视程度跟学历和文化水平确实有一定正比关系。M20: 我觉得每个人的价值观不同, 性爱观自然也就不同, 没有评论的价值。

3.2.1.2 相较于性爱分离, 对性爱结合的宽容度更高 M14: 据我所知的, 大学生的情侣中绝大部分都有性行为。另外, 也有一夜情和嫖娼的存在。我的看法, 情侣间的性爱可以理解, 自己也希望能有。

3.2.1.3 不赞同大学生性的发生, 认为女生应自我保护、男生应担负责任, 持此观点的均为女生 F16: 但是大学生的性是不可取的, 现在大家都还是学生, 没有时间、没有尽力、没有物质能够承受性的后果, 但也正是应为这样, 承受不起后果的大学生往往就会选择手术, 但是这样便会对女生产生很严重的伤害, 作为女生应该自我保护自己, 男生则应该为自己的女朋友多想想, 不要应为一时的冲动而后悔一辈子。F07: 我身边的一些同学差不多都是谈恋爱几个月就会发生性, 时间都不算长。我个人觉得不太好, 我觉得在一起的两个人应该先多一些思想灵魂的交流, 一起鼓励着做一些事或者学一些东西, 性有点早也有点快。

3.2.1.4 极少数大学生明确表态, 认为应避免婚前性行为 M19: 不知道为啥而爱, 不考虑以后的生活, 换句话说玩玩玩的, 他们也把性行为当作玩玩的, 很不道德! 应该提倡婚前不要发生性行为, 尤其对方是 virgin!

3.2.2 同性恋

3.2.2.1 没法接受, 甚至认为是病态 F16: 根据我的了解, 那些人是有点心理问题的, 我想大概也是这样的吧。M19: 同性恋是种病态, 而且是罪恶的, 不道德的, 应该予以谴责!

3.2.2.2 尊重, 持中立态度 F07: 我最初会觉得很奇怪, 不能理解, 现在了解得多了一些, 态度比较中立, 更多的是尊重他们的选择吧。觉得他们的选择有他们的原因, 我们没有真正走进他们不应该对他们有任何偏见。

3.2.2.3 双重标准。更能接受女同性恋, 较难接受男同性恋 M13: 对女性的同性感觉基本能接受, 不过男性就难以接受的。

3.2.2.4 对同性的性 & 同性的爱存在双重标准 F18: 其实我不反对同性的爱, 但是还接受不了同性之间的性。

3.2.3 过往性经历

3.2.3.1 绝大多数均可接受恋人过往的性经历, 重视当下和自己的爱情关系 F07: 这个还好, 我可以理解也尊重, 毕竟在认识我之前他不可能空白过。F18: 只要现在他足够喜欢我, 我也很喜欢他的话还是可以理解的。对于过去我们不用要求太多, 以前的他不代表现在的他, 只要不违背原则上的问题, 还是把握现在比追究过去好些。

3.2.3.2 极少数不能接受 F10: 不能接受, 但现在这个社会的风气我不敢保证。

3.3 性爱观之——性爱行为倾向

3.3.1 对性的背叛与爱的背叛的接受倾向

3.3.1.1 更易接受恋人爱的背叛, 多为男生 M09: 我觉得爱背叛更能接受, 如果她不爱我了, 那我们就分开好了。我是一个占有欲极强的人, 如果在爱之中有性背叛, 每次看见她, 都会觉得是肮脏的, 更难接受。

3.3.1.2 更容易接受恋人性的背叛, 持此行为倾向的男生女生均有 M06: 性更容易承受, 原因很简单, 性没了好找, 爱就不行了。M13: 就个人而言, 性背叛相对能忍受点。性背叛和爱背叛有一定的交集, 如果有爱背叛产生的性背叛, 那么说明双方已经完结了。但是如果爱还没有结束, 性背叛在一定程度上能挽回, 毕竟上方能走到一起不容易, 感情需要珍惜和理解沟通。F18: 性背叛更容易接受些吧, 因为有些时候我们也是因为某些原因发生了背叛, 比如说酒后乱性啊这类的, 可能是无心的。

3.3.1.3 两者均不可接受 M04: 最好都别发生。要比较的话, 可能都不好接受。

3.3.2 性的发生倾向 绝大多数倾向于有爱为基础或是有婚姻为基础, 再发生性。F18: 如果我想发生性关系的话可能会觉得我很喜欢这个男生, 而且这个男生也值得我为他付出, 他能够承担这份感情。M19: 在自己的责任范围内把握性行为, 若认为无法在将来和她组成家庭, 一起生活, 就不要发生性关系! 部分大学生说到会有与第三人发生性的可能, 有此行为倾向的均为男生。M09: 我希望结婚以后, 只和妻子一个人有关系。但确实也怕有时候控制不住自己临时起意跟我的其他一些红颜知己做爱。

3.3.3 性爱关系的寻求倾向 F10: 不可能是柏拉图哦。但是肯定是有爱情婚姻再有 XX。M12: 记得那几天一直在看《美国派》, 个人觉得里面的大学生的性爱观很不错。虽然情节有点不符合实际, 但那始终都给了所有的大学生一种理想的生活。

4 讨论

4.1 性爱应结合是大学生性爱观的主流, 多认同爱是性的前提, 并且大学生较多地肯定性对爱的增进作用

这在本研究所得结果中, 性爱认知中对性爱关系的看法、性爱态度中对大学生性爱现状的态度以及性爱行为倾向中的性的发生倾向等, 均得到全面显示。性是爱情的生理基础, 爱

情的产生其中也包含了性的吸引。但同时,性虽然是构成爱情的重要因素,但决不是唯一因素,大学生认为没有爱的性,是无趣或是无意义,至少并非他们真正想要拥有的性爱关系。对于大学生群体的性爱现状,受调大学生所知的情况为——性的发生已不再少见,大多情侣都已发生性,有的大学生没有恋人,但为了缓释性驱力,亦发生。他们大多对此或中立、或不认同,甚至有的大学生对此有明显的负性评价,无人表示赞同^[9,10]。

李银河认为性行为的目的主要有三:繁衍、人际交往和享乐。大学生性的发生更多是在浪漫之爱的基础上,满足的是人际交往层面。他们认为性是爱的需要,爱与性是紧密联系在一起的,有爱才能有性。这其中有源于对中国传统文化的认同,而更重要的是,大学生个体内在情感的需求。按照依恋理论,个体的每个阶段都需要有亲密的情感缔结对象,童年时期对母亲或家人的依恋会随年龄退隐,能量移转至爱慕的对象。身处象牙塔中的青年期大学生,恋爱中没有太多现实因素干扰,依然以纯粹的感情为浓烈基调。同时,排他性以及对象的专属性,亦贯穿于大学生性爱观中。正如恩格斯曾说过的:“性爱按其本性来说就是排他的。”

本研究还发现,大学生认为恋爱对于他们的意义尤其重大,不妨引用克劳莱所说过的话语来辅理解大学生重视爱情的性爱观:“恋爱在社会生活里的种种表现,无论就什么方式来说,都是极重要的;恋爱的地位的重大,除开贪生怕死的本能而外,就要算第一了。它把所以构成家庭的基本因素汇合在一起,它维持着家庭的联系和团结,它把一个种族或民族的分子统一起来,教分子之间都有一种契合和同胞的感情。”

4.2 大学生性爱观中依然有诸多中国文化背景下传统性爱观的烙印,较多地传承主流文化

李银河在《性的问题》一书中,曾谈到中国性文化的古今变化。中国古文化中,性既不是可怕之事,也非有罪之事,是一件有益于健康和人伦因而是很自然的事情。随着时代变迁,性在中国渐陷入一种压抑之态,成了羞于启齿之事。其中缘由之一便是中国文化中固有的“以性为耻”的观念,这恰与西方基督教文化中“以性为罪”形成对比。从精神分析视角来解读,是由于中国的性文化造就绝大部分人仍滞留于“肛欲期”,此期的核心任务为对权威的反抗一顺从,易产生压抑的心理。在对性文化的时代传承中,便形成诸如性纯洁观、性爱道德观等系列的性爱观。

这些传统的性爱观均在如今大学生中得以显现。性纯洁观,如,F18:我觉得爱情里面可以没有性,只要两个相互喜欢的人在一起就足够了,这样很好,有性的发生,感觉上没有那么纯洁了。性爱忠贞观,M19:提倡婚前不要发生性行为,尤其对方是处女。……(性前后态度是否变化)看她是不是第一次。性的性别角色观,强调两性关系中男生的责任与女生的自我保护,而非女生的责任和男生的自我保护。谈到大学生性的发生时,强调的便是女生受到伤害的可能。笔者认为,Gagnon & Simon的性剧本理论(Sexual Script Theory, SST, 1973)恰能对此作出解释。该理论提出,性剧本包括了所有和文化期许相一致的性行为。性剧本包括了三个层面:文化的、人际间的和心灵内部的。其中,文化层面的剧本通过学校、宗教、性教育和大众媒体提供性行为的知识。我国传统的两性关系剧本对男性和女性行为有较多明显不同的观点。文化背景下的性爱观常常

以集体潜意识形式存固于个体的性爱观中,指导着个体在性事件中怎样行为和处理信息,从社会、校园、家庭等多种渠道交互塑造着大学生的性爱观,因此,大学生们性爱观对男生和女生也有明显差异^[11-14]。

4.3 无论作为大学生性爱观的主体还是客体,在男女性别维度上均显现出明显的双重标准

在性爱观的三个层面中,作为主体,男生、女生所持性爱观存在明显区别。如对性爱关系的认知上,认为爱中可无性的多为女生;认为性中可无爱的全部为男生。又如女生较男生对性有更强的担忧,F16:性是大学生承受不起的。还有,女生将自己的身体作为爱的物化,F11:爱一个人所以愿意也把一切都给他。这样的观念是女生独有的。

而作为性爱观中的客体时,大学生对于男生女生存在明显的双重标准。如,F07:发生性关系后,我所看到的是多数女生更在乎男生了,而男生相对来说没有以前重视那个女生了。另外,在对性的意义的认知、对大学生性现状的态度等方面都有显现出这样的双重标准。

社会角色理论认为社会文化和传统对性别角色的期待不仅成为了男女两性行为模式的准则,而且也成为了社会对行为的评判标准(Bem, 1981)。比如,传统的观点认为,随意谈论性是男性角色的一部分,而同样行为的女性却会被冠上不好的名声。以性别为导向的潜意识态度,深植于我们脑中的观念,影响了我们界定男女角色的看法。在社会角色的要求和规范下,大众对男性和女性间的性行为有了不同的看法和态度,这样的不同的态度就形成了性的双重标准。大学生亦然。海蒂在1983~1987年间,询问过2500名大学校园的男生对性经历同样丰富的男生、女生的性爱态度,发现双重标准十分明显。可见,这样的双重标准由来已久,且始终未曾弱化。

对男女双重标准有多元化的解读。从生理上,更多的研究认为男性较女性而言,拥有更强的性驱力,其中有性器结构和性激素等因素;在性活动中,女性担有怀孕的风险。另外,特里弗斯(Trivers, 1972)提出的“最少亲职投资论”,从社会生物学视角,对男女差异作出解释。亲职投资是指,为人父母者,为了给予单一子嗣的生存机会,而牺牲养育其他子嗣的资源及相关的成本付出。男女因性生理结构不同,其最少的亲职投资量有很大的性别差异。女性对于后代,付出的成本比男性高。

除了生理、社会担责等因素,笔者认为,事实上,还有一些心理机制是男女大学生持有不同性爱观的重要原因。女生对男生性爱观存在一定的刻板印象。如,她们认为男生持有性爱可分离的观点,故她们会担心男生提出性要求时是否没有伴随对自己的爱,而是单纯的性冲动。又如,她们以为男生发生性后,爱便会削弱,且自身又面临较高的身体风险,女生常常比男生有更多的不安全感。以上都会让女生对性爱持有更审慎的态度。

4.4 大学生性爱观中性爱态度与性爱行为倾向的一致性较高。较少数男生会有不一致

性爱态度与性爱行为倾向统属于性爱观。大学生对某一对象做出赞成或反对、肯定或否定的态度评价,同时还会表现出相向的行为倾向,心理学中称此为“定势作用”,即心理活动的准备状态。大学生的性爱态度对其实际性爱行为具有指导性的动力性影响。“超我”的道德原则对于大学生无伤、担责的

性爱观建立和践行起了重要作用,

但亦有较少数的男生表现出性爱态度和性爱行为不一致的倾向。究其原因,来自生理、心理和社会多方面。如生理上,男生有更强的性驱力,担负更少的身体风险;心理上,在亲密关系中,男生情感与身体的抽离度比女生高;社会中,对男性多偶性关系的宽容度,亦比女生高。同时,这也部分显现出性教育的薄弱,男生对自我的性意识、性驱力的认知较有限,性的自我主观导向较强,而较少考虑到性关系中对方的心理需求。在性爱观的三个层面中,欠缺整合。

4.5 性爱观仍缺乏科学的外在效验

大学生性爱观缺乏科学的外在效验,诸如科学性知识的摄取、科学性教育的引导。他们多以自我可及的途径了解性爱知识,并渐成自己的性爱观。这在对同性恋的认知中,显现得最为明显,大学生们大多缺乏关于同性恋的正确科学信息。

同性恋是一种性取向,同性恋行为只是性指向对象区别于社会大多数群体,而在精神活动的其他方面却是正常的。我国在2002年版的CCID-3中做了修改,已将心理健康的同性恋者划归正常人群,无需治疗。而接受高等教育的大学生,却更多地以社会文化固有的偏差观念为准,显然缺乏了解科学性知识的途径,显现出了性教育在此方面的缺失。

4.6 整体来看,大学生拥有较理智的性爱观

在性爱关系的认知上,大学生们充分重视爱情的份量,多认为爱情是性发生的前提,并领会到两性亲密关系中性爱结合的必要性。爱情所包含着的性欲,绝非等同于追求肉体上的快感,而是双方可共同分享的发自内心的强烈美的感情和彼此深度的吸引。在性爱态度方面,大学生大多不会偏激地给予两极的评断,而是理智地二分看待,并持有较成熟的观点和行为倾向。

这说明大多数大学生对性与爱现实的悦纳、适应和应对的水平是较为良好的。这也恰是心理健康的衡量标准之一。这也表明,性教育者们努力推行中的大学生性教育,也开始显现作用。

笔者还认为,良好的两性关系的建立,也为大学生拥有理智的性爱观起到了关键作用。两性友谊为理解异性打开窗口,规避可能的伤害。始于真诚情感缔结的恋爱亲密关系,也为大学生增强了幸福感的体验,从而强化了性爱相融的性爱观,为美好的婚姻铺下基石^[15-18]。

5 结论

本研究基于所调查的大学生个案,得到以下结论:(1)整体来看,大学生拥有较理智的性爱观。(2)性爱结合是大学生性爱观的主流,他们多认为爱是性的前提,肯定性对爱的增进作用。(3)大学生性爱观受中国文化背景下传统性爱观持续影响,较多地传承主流文化。(4)大学生作为性爱观主体,或客体,在男女性别维度上,都存在较明显的双重标准。(5)大学生性爱观中性爱态度与性爱行为倾向的一致性较高。较少数男生会有不一致。(6)性爱观尚欠缺科学的外在效验。

在整个研究过程中,笔者得到一些关于性爱教育的启示:(1)性教育应当是性与爱结合的教育,教育者将两者结合的教育理念与态度对学生会产生深刻影响。(2)应重视性爱教育师资的选拔和培养。先进的性教育体系中,对性教育老师有两个

基本的限制:必须接受过关于性的教育;必须在性主题上能够与学习者有自在的很好的互动。如咨访关系一般,良好的师生关系是性爱教育产生效能的开始。(3)应将因材施教的理念和方法真切地贯入性爱教育。基于受众学生对性爱议题不同的关注点、不同的情感与性经历、不同的性别特质等,区别化地使用性教育设计和教学理念。同时发挥多渠道的教学影响,如性爱教育课程、性爱主题讲座、团体辅导、学生闲暇活动等。

参 考 文 献

- [1] Ellen Sieg. Empowered positions listening to sexually experienced young women talking about sex, disappointments, and compromise. *Health Education*, 2008, 108(1): 54-71.
- [2] Anita Bralock, Deborah Koniak - Griffin. What do sexually active adolescent females say about relationship issues. *Journal of Pediatric Nursing*, 2009, 24: (2): 131-140.
- [3] Ainhoa Rodriguez Garcia de Cortazar, Andres Cabrera Leon, Mariano Hernan Garcia, et al. Attitudes of adolescent Spanish Roma toward noninjection drug use and risky sexual behavior. *Qualitative Health Research*, 2009, 19(5): 605-620.
- [4] Siu - ming To, Steven Sek - yum Ngai, Siu - mee Iu Kan. Direct and mediating effects of accessing sexually explicit online materials on Hong Kong adolescents' attitude, knowledge, and behavior relating to sex. *Children and Youth Services Review*, 2012, 34(11): 2156-2163.
- [5] Leyla Ismayilova, Fred M. Ssewamala, Leyla Karimli. Family support as a mediator of change in sexual risk - taking attitudes among orphaned adolescents in rural Uganda. *Journal of Adolescent Health*, 2012, 50(3): 228-235.
- [6] 彭晓辉. 性科学概论. 北京: 科学出版社, 2002.
- [7] 雪儿·海蒂. 海蒂性学报告: 情爱篇. 林瑞庭, 谭智华译. 海口: 海南出版社, 2002.
- [8] 李银河. 性的问题·福柯与性. 北京: 文化艺术出版社, 2003.
- [9] [英] 霭理士著. 性心理学. 潘光旦译注. 北京: 商务出版社, 2008.
- [10] 周海涛. 大学生恋爱态度及其与性心理健康的相关研究. 重庆: 西南大学, 2007.
- [11] 张小金. 中国当代性文化的转型. *中国性科学*, 2004, 13(3): 1-3, 13.
- [12] 莫文斌. 从社会性别视觉透视当代大学生同居现象. *当代教育论坛*, 2005(7): 37-39.
- [13] 胥兴春, 刘电芝. 大学生 1638 名性行为 and 性观念状况分析. *中国学校卫生*, 2005, 26(9): 745-746.
- [14] 肖建华. 从新语汇看中国婚恋观念及性观念的变异. *山西师大学报(社会科学版)*, 2006, 33(9): 55-56.
- [15] 胡维芳, 朱爱胜. 基于比较视野下当代大学生性心理与教育的研究. *心理科学*, 2007, 30(6): 1449-1452.
- [16] 潘文岚. 关于性的理性思考. *道德与文明*, 2007(5): 102-105.
- [17] 张代敏. 大学生性观念及性教育的思考. *医学教育探索*, 2007, 6(1): 87-88, 91.
- [18] 张艳, 王鑫. 当代大学生性观念研究. *贵州大学学报(社会科学版)*, 2007, 25(4): 122-127.

(收稿日期: 2014-10-15)

· 性心理学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.041

女性心理因素对男性勃起功能障碍的影响

董良¹ 陈帝昂¹ 张培海¹ 任飞强¹ 俞旭君^{2△} 常德贵¹

1 成都中医药大学研究生院,成都 610072

2 成都中医药大学第二附属医院泌尿外科,成都 610041

【摘要】 勃起功能障碍(erectile dysfunction, ED)是男科常见的严重影响家庭和谐、夫妻关系的社会性疾病之一。ED与心理因素密切相关,且任何ED的患者均伴有心理因素的影响,与此同时,患者伴侣的体验也受到ED的严重干扰。因此,她们面对ED所采取的态度也在一定程度上直接或间接干预患者对ED寻求和坚持治疗的行为,也包括对心理上的影响。因此在临床治疗中,需要积极将女性的因素考虑进来。本文着重探求女性伴侣心理因素对男性ED的影响,进而为临床诊治ED提供帮助,使得对ED的治疗达到更好的疗效。

【关键词】 女性;心理因素;勃起功能障碍;诊断治疗

Effect of female psychological factors on male erectile dysfunction DONG Liang¹, CHENG Di'ang¹, ZHANG Peihai¹, RENG Feiqiang¹, YU Xujun^{2△}, CHANG Degui¹. 1. Graduate School, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610072, China;; 2. Department of Urology, the Second Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610041, China

【Abstract】 Erectile dysfunction is one of the common social diseases which significantly affect the family harmony and conjugal relations. Erectile dysfunction is closely connected with psychological factors and physiological factors relating to aging. And it is remarkable that all kind of erectile dysfunction patients are always affected by the psychological factors, as well as the sexual experience of the patients' partners. Therefore, female partners' actions and attitudes when facing male erectile dysfunction can directly or indirectly effect male psychological state at some extent. During clinical process, we should consider the female factors zealously. This article is to explore the effect of the female psychological factors on male erectile dysfunction, to provide assistant treatment for erectile dysfunction and let the treatment of erectile dysfunction to achieve better results.

【Key words】 Female; Psychological factors; Erectile dysfunction; Diagnosis and treatment

【中图分类号】 R698.1

【文献标志码】 A

勃起功能障碍(erectile dysfunction, ED)是指男性阴茎持续不能获得或维持勃起以达到满意的性生活^[1]。这是一种常见的影响男性生殖和身心健康的疾病之一,同时也是严重影响家庭和谐、夫妻关系的社会性疾病之一。根据近几年文献报道,中国大陆发病率大约为38.3%^[2]。目前研究表明ED的发病与心理因素以及生理因素有关,然而神经心理因素造成的ED占全部患者的60%左右^[3,4]。由于ED的出现,男性不能顺利完成性交,性舒适度自然也就消失殆尽,与此同时也导致伴侣的性体验受到严重的影响。长时间的积累,男性在此过程中逐渐表现出极大的焦虑和自卑感,女性也会随之产生一系列情绪改变,逐渐形成恶性循环。因此,治疗的关键就是需要阻断恶性循环,找到突破,其中女性的因素往往占很重要的地位。大量的研究证据表明,女性所采取的对待态度以及心理暗示往往在一定程度上直接或间接干预患者对ED寻求和坚持治疗的行为,也包括对男性心理上的影响甚至直接关系到ED的预后。

本文就女性心理因素对男性的影响,展开相关探索,着重对心理因素分析、男女性在ED中产生的心理问题、女性的心理因素对男性ED所起的作用三个方面进行阐述。

1 心理因素分析

由于男性专科疾病的特殊性,包括病位、病因、病情等,加之传统思想观念的束缚,出现问题后患者不能正视、羞于启齿而讳疾忌医,往往采取压抑自己的情绪、掩盖自己的病情,以维护传统观念中的男性尊严^[5]。然而ED对于男性及其伴侣而言是一种重要的疾病,包括性功能的降低,ED患者及其伴侣心理健康受到影响、伴侣关系不协调以及性生活质量和整体生活质量的下降^[6,7]。Sand等^[8]在2007年进行的大规模、多国家、两阶段调查研究——男性对生活事件和性的态度(The Men's Attitudes to Life Events and Sexuality, MALES)中发现在整体生活质量上患有ED的男性比没有患ED的男性相比,特别是在性生活和整体健康上,自我满意度更差。Tan等^[9]在Asian MALES Phase I研究中关于ED对生活质量满意度调查在也得到了类似的结论:在自我报告患有ED的男性中,与不患有ED的男性相比,ED在很多方面(家庭生活、工作、两性关系、性生活、健康、幸福感等)对其生活满意度造成了严重的影响(P =

【第一作者简介】董良(1989-),男,硕士研究生,主要从事男科及心理研究。

△【通讯作者】俞旭君,主治医师、讲师,Email:20639179@qq.com

0.0001)。

其中在这样的过程中,往往就会出现很多不良的心理隐患。ED 不仅带来了双方的心理困扰,反过来 ED 本身也可以产生很多的心理问题,如抑郁、自卑、挫败、心烦意乱等表现,甚至产生严重的焦虑反应,并且随着对性刺激的勃起反应和持续时间的担忧,会逐渐形成“焦虑-ED”的恶性循环^[10]。同时多种焦虑情绪导致的 ED,在一定程度上是呈现乘积的几何叠加,而不是单纯的线性累积^[11]。

有学者总结与 ED 有关的心理因素可分三类即易患因素、促成因素、维持因素。其中易患因素有性教育的压制及缺乏、性无知、性创伤史、家庭夫妻关系困扰、生活压力等;促成因素则包括疾病、自然衰老、性不忠、压抑焦虑等不良情绪等;维持因素包括性交焦虑、性伴侣吸引力下降、性交流缺乏、害怕亲近等^[12-15]。无论促使 ED 产生、发展的原因有哪些,其在疾病的进展过程中都起到了极其重要的作用,由于波及到整个家庭内部,影响范围较广,这也是与其他疾病不同的一点。同时心理因素的产生又是从很多家庭琐事中逐渐形成和加重的,这也就形成了一个封闭的循环体系,从各个方面渗透到生活的全面。

2 男女双方在 ED 中产生的心理问题

来自一些研究表明,男性在面对或谈及 ED 这个问题时往往表现出很差的交流技巧,然而他们的伴侣在此时则具有很合理的行为和技巧^[16]。同时研究也指出一些男性也希望和其他人交流 ED,比如伴侣、医生,然而这些人可能会感兴趣、采取支持的态度,也可能不感兴趣、不支持^[17]。与此同时,就在遇到不同的反馈情况下,男女双方则会产生不同的心理状态和应对的行为方式。

Fisher 等^[18]发表了一项关于 ED 男性、ED 男性的伴侣及医生之间交流问题的研究,称为“开展对话”(strike up a conversation, SUAC)。该研究通过对志愿者进行在线的封闭式调查,首先探索了男女性就 ED 发病原因的心理认知,男女双方各自给出了很多的可能因素,巧合的是彼此均觉得最主要的原因是家庭工作的压力和紧张、疲倦、年龄。

同时也发现男女双方在第一次交流 ED 时产生的心理状态包括希望得到或给予支持;希望得到或给予理解、轻松、满怀希望、尴尬、紧张、失望、挫败、焦虑、生气;希望得到或给予安慰、其他等等。对于男性来讲最主要的三类心理状态包括希望得到或给予支持、希望得到或给予理解 and 尴尬;同样对于女性来说前两者和男性不谋而合,也是希望得到或给予支持、希望得到或给予理解,而排列到第三位的因素则是紧张。这也说明了,双方在这一问题上的态度是一致的,都很在意对方的感受。不过总体上来讲,这些心理状态都一定程度上反应了男女双方在面对 ED 时所出现的诸多心理问题和情绪反应。

男女双方经过交流后,男性虽然会有尴尬、紧张、感到挫败等情绪体验,但是总会得到支持、理解、自我放松和充满希望等,相应的,女性虽然也会有一些消极的情绪应答,但总会支持、理解、放松和充满希望。

3 女性的心理因素对男性的影响

男女双方各自在 ED 中不同的心理态度表明了心理因素对双方均具有举足轻重的影响,特别是女性对男性的影响,直接或间接干预男性寻求诊断治疗的效果和 ED 的预后。

姜辉等^[19]研究结果提示在众多影响男性寻求治疗的因素

中,可以明显看出伴侣/配偶的影响最大(67%);其次分别为不明原因(20%)、报刊杂志(17%)、电视电影(14%)等。

同样, Tan 等^[20]在 Asian MALES Phase II 研究中表明,在亚洲这些国家和地区(中国、韩国、马来西亚、日本、中国台湾)中,绝大部分男性会和伴侣或配偶交流 ED。并且认为伴侣或配偶在自己需求治疗中占据重要地位的比例分别为:中国 67%,韩国 62%,马来西亚 56%,日本 38%,中国台湾 53%。

同时, Fisher 在其研究中也反应了女性伴侣不同的态度和心理暗示对男性 ED 的促成解决产生了积极和消极的作用。可以看出,支持、夫妻双方共同面对、你仍旧是一个男人、同情会对男性产生积极的心理暗示和影响,对 ED 的诊断治疗是有益的。相反,漠不关心、自行处理、女性看重性爱等可能对男性则是一个负面的影响。因此,男女性在 ED 问题上的反应,特别是女性给予伴侣不同的态度和心里反应,可以给男性带来截然不同的暗示效应,这些效应就能够产生积极的,抑或是消极的作用。

上述统计结果充分说明了伴侣在 ED 患者的诊疗过程中起到了关键的作用,只要女性伴侣充分理解、支持并鼓励患者,那么患者就正好得到了自己最想从伴侣那里得到的心理支持,对患者的治疗是能够起到积极的作用的。这也说明了患者的需求和伴侣给予的正好契合,从而在整个 ED 的诊疗过程中起到了推波助澜的作用。

另外,对 ED 进行积极的治疗后观察伴侣双方的情绪变化和关系改变,都说明了 ED 改善后不仅能够增加男性的自信和自尊^[21],同时也能改善夫妻关系。研究表明,采用西地那非治疗后,ED 的改善与性关系满意度的提升密切相关^[22]。

PDE5 抑制剂的疗效和安全性也是通过部分研究有所论证的^[23,24],是治疗 ED 的一线药物。Phelps 等^[25]使用勃起功能满意度问卷(EDITS; Althof & Seftel, 1995)进行治疗前后对比性评估,在 12 周和 24 周的治疗过程中,心理干预加西地那非治疗的患者满意度(包括勃起、持续时间和性信心)高于仅服用西地那非治疗组,与伴侣的交流也有所提高。因此,愉悦的心情对勃起功能障碍患者提升性生活质量有很大的帮助,特别是结合心理干预,则能起到事半功倍的效果。

同时,多项研究也表明他达拉非治疗可以制止“焦虑-ED”的恶性循环。Jannini 等^[26]开展的一项相关研究中,36 例同时具有 ED 和心血管风险(VRFs)的男性随机接受 4 周他达拉非(20mg/每隔 1d)或安慰剂的治疗。在治疗前后,对受试者进行全方位的心理评估,包括: SHIM, LiSat1-3, 身心健康评估表(Symptom Check-List-90R)等。结果显示,他达拉非治疗后 SHIM 分数得到了改善($F=10.38; P=0.0030$),并且 LiSat-2 与 SHIM 分数之间存在强相关($r=0.59, P=0.0003$)。

可以看出,针对 ED 采取相应的治疗后,患者的整体生活水平得到了提升,夫妻双方的关系也得到了缓和,关键是切断了“焦虑-ED”恶性循环,从生理和心理两个层面使得 ED 患者的性体验、家庭生活质量得到了改善。这也从反面论证了 ED 疾病病程中心理因素的重要性及其产生的积极作用。

4 讨论

在整个 ED 的诊断治疗过程中,除了常规的诊治手段外,通过本文,值得提出和重视的是,临床上更应该了解夫妻双方的心理状态,彼此面对 ED 时不同的表现,对对方产生的作用等,

积极鼓励夫妻双方及时交流与沟通,特别是男性得到来自伴侣的支持、理解等起到的积极的心理反馈时,会对整个ED的诊疗起到良好的促进作用,或许会对心因性勃起功能障碍起到一定的治愈效果,但是需要进一步的研究探讨和证实。伴侣也应鼓励患者说出内心感受,切忌相互猜疑、相互埋怨,要体谅对方,多发挥积极的正面的作用,尽量避免给予对方消极的心理暗示,改善夫妻关系,相互配合,更好的完成医生制定的治疗方案,最终还自己一生的“性福”。

对于确切可行的关于女性心理因素对ED的诊疗方式方法和手段,则需要在以后的研究中逐步探索并制定出相关标准,用于临床诊疗活动,更好地指导医师、患者、患者伴侣进行相应的诊断治疗、配合治疗、自身改善、辅助治疗等,达到缓解甚至治愈的目的。

总之,虽然ED是存在于男性的疾病,但它会影响男女双方的性体验和精神心理状态,对整体生活质量、家庭和谐造成严重的负面干扰。而女性对ED的态度和采取的措施反过来又会影响男性的心理状态、寻求治疗的积极性以及对ED诊疗的有效性。因此,在临床实践中,应该重视女性心理因素对男性ED的影响,合理指导女性伴侣参与ED的临床诊疗活动,这样才能更好地提高ED的诊治有效率,充分改善患者的ED预后。

参 考 文 献

- [1] National Institutes of Health. National Institutes of Health consensus development panel on impotence. *JAMA*, 1993(270): 83-90.
- [2] Bai Q, Xu QQ, Jiang H, et al. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in three cities of China: a community-based study. *Asian J Androl*, 2004(6): 343-348.
- [3] Eberhard Nieschlag, Hermann M Behre, et al. *Andrology: male reproductive health and dysfunction*. (Eds.) Copyright@ Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010: 244-278.
- [4] Nakano K. Mechanism of psychogenic erectile dysfunction. *Nippon Rinsho*, 2002, 60(Suppl 6): 439-442.
- [5] Gittens P, Moskovic DJ, et al. Favorable female sexual function is associated with patient satisfaction after inflatable penile prosthesis implantation. *J Sex Med*, 2011, 8(7): 1996-2001.
- [6] Tomlinson J, Wright D. Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil qualitative study. *BMJ*, 2004, 328(7447): 1037.
- [7] Sanchez-Cruz JJ, Cabrera-Leon A, Martin-Morales A, et al. Male erectile dysfunction and health-related quality of life. *Eur Urol*, 2003, 44(2): 245-253.
- [8] Sand MS, Fisher W, et al. Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study. *J Sex Med*, 2008 Mar, 5(3): 583-594.
- [9] Tan HM, Low WY, Ng CJ, et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction (ED) and treatment seeking for ED in Asian Men;

- the Asian Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study. *J Sex Med*, 2007, 4(6): 1582-1592.
- [10] Hartmann U. Psychological stress factors in erectile dysfunctions. Causal models and empirical results. *Urology*, 1998, 37(5): 487-494.
- [11] Ishizu H, Yokota T, Moriyama K, et al. Definition and diagnostic criteria of psychogenic erectile dysfunction. *Nihon Rinsho*, 2002, 60(Suppl 6): 431-438.
- [12] 郭应禄, 胡礼泉. 男科学. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 356-370.
- [13] 段志泉. 外科学. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 679-681.
- [14] 王营, 姜永贵, 李晓波. 医学心理学教程. 长春: 吉林科学技术出版社, 1995: 152-158.
- [15] 刘晶. 心理疗法治疗男性性功能障碍探讨. *中国医药导报*, 2010, 10(30): 132-135.
- [16] Ehrensaft MK, Condra M, Morales A, et al. Communication patterns in patients with erectile dysfunction and their partners. *Int J Impot Res*, 1994, 6(1): 25-32.
- [17] Dorsey G. Partners' perspective of erectile dysfunction: literature review. *British Journal of Nursing* 2001, 10(3): 187-195.
- [18] William A. Fisher, Meryn S, et al. Communication about erectile dysfunction among men with ED, partners of men with ED and physicians: The strike up a conversation study (part 1). *The Journal of Mens' Health & Gender*, 2005, 2(1): 64-78.
- [19] Jiang H, Zhu JC. Chinese men's attitudes to life events and sexuality: prevalence of erectile dysfunction and related health concerns among Chinese men in Asian MALES study. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2006, 12(11): 1048-1052.
- [20] Rosen RC. Psychogenic erectile dysfunction. Classification and management. *Urol Clin North Am*, 2001, 28(2): 269-278.
- [21] Tomlinson JM, Wright D. Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil: qualitative study. *BMJ*, 2004, 328: 1037-1040.
- [22] Levinson IP. Erectile function is associated with sexual relationship satisfaction: A pooled analysis of 26 randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *J Sex Med*, 2005(2): 39-91.
- [23] 常德贵. 枸橼酸西地那非治疗勃起功能障碍的疗效和安全性评价. *中华男科学杂志*, 2006, 1(12): 94-95.
- [24] 郭军. 每日小剂量他达拉非给药的安全性、疗效以及药物代谢动力学概况. *中华男科学杂志*. 2009, 9(36): 863-864.
- [25] Phelps JS, Jain A, Monga M. The psychoed plus med approach to erectile dysfunction treatment: the impact of combining a psychoeducational intervention with sildenafil. *J Sex Marital Ther*, 2004, 30(5): 305-314.
- [26] Jannini EA, Isidori AM, Gravina GL, et al. The Endotrial study: A spontaneous, open-label, randomized, multicenter, crossover study on the efficacy of sildenafil, tadalafil, and vardenafil in the treatment of erectile dysfunction. *J Sex Med*, 2009, 6(9): 2547-2560.

(收稿日期: 2014-10-20)

· 性心理学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.042

慢性肾脏病伴慢性前列腺炎合并心理障碍患者的针对性护理干预效果分析

邵玲玲¹ 丁红² 张东¹

1 中国医科大学附属第四医院肾内科, 沈阳 110032

2 中国医科大学附属第四医院泌尿外科, 沈阳 110032

【摘要】目的: 探讨慢性肾脏病伴慢性前列腺炎患者心理障碍及相关干预措施。方法: 慢性肾脏病伴慢性前列腺炎患者82例, 分为对照组和实验组。对照组给予常规治疗和护理措施。实验组给予常规治疗和护理, 同时给予针对性护理干预措施, 必要时加用抗抑郁药治疗。结果: 实验组总有效率97.56%高于对照组总有效率80.49%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 实验组CPSI评分低于对照组CPSI评分, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 实验组QOL评分低于对照组QOL评分, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 在治疗方法一样的情况下, 对慢性肾脏病伴慢性前列腺炎病人针对性的干预措施可明显提高患者的治愈率, 改善患者生活质量和前列腺症状, 具有较高的临床应用价值。

【关键词】慢性肾脏病; 慢性前列腺炎; 心理障碍; 护理干预; 抑郁药

Effect of targeted nursing intervention in patients with chronic kidney disease and chronic prostatitis combined with psychological barriers SHAO Lingling¹, DING Hong², ZHANG Dong¹. 1. Nephrology Department, The Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110032, China; 2. Urology Department, The Fourth Affiliated Hospital of China Medical University, Shenyang 110032, China

【Abstract】Objectives: To study the psychological barriers and intervention measures of chronic kidney disease in patients with chronic prostatitis. Methods: 82 patients of chronic prostatitis complicated with chronic kidney disease were divided into experimental group and control group. Control group received routine treatment and nursing. The experimental group was given conventional treatment and targeted nursing intervention measures, as well as antidepressant treatment if necessary. Results: The total efficiency of the experimental group was 97.56%, higher than that of the control group of 80.49%, with statistically significant difference ($P < 0.05$). After intervention, the CPSI scores of the experimental group were lower than the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). After intervention, the QOL scores of the experimental group were lower than the control group, with statistically significant difference ($P < 0.01$). Conclusions: With the same treatment method, targeted interventions can significantly improve the cure rate of the patients with chronic kidney disease, improve the quality of life, which has high value in clinical application.

【Key words】Chronic kidney disease; Chronic prostatitis; Mental disorder; Nursing intervention; Antidepressant drugs

【中图分类号】R697+.33

【文献标志码】A

慢性前列腺炎是一种比较常见的疾病, 病因比较复杂, 且病程容易反复和迁延^[1]。文献报道^[2], 慢性肾脏病是慢性前列腺炎的高发人群, 随年龄增加慢性肾脏病患者中慢性前列腺炎的发生率有增加的趋势, 肾脏病病理类型是影响慢性前列腺炎的发生率的主要因素, 而且慢性前列腺炎与部分慢性肾脏病间存在一定的联系。此外, 还有研究认为慢性肾脏病伴慢性前列腺炎患者, 抑郁、焦虑、恐惧和精神病性等精神症状是该病发生、发展及迁延不愈的一个重要因素^[3]。为此, 本研究对慢性

肾脏病伴慢性前列腺炎患者的心理障碍进行了调查分析。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2011年2月至2014年3月就诊于我院泌尿外科门诊的慢性肾脏病伴慢性前列腺炎患者82例为研究对象。全部患者签署知情同意书, 随机抽取慢性肾脏病伴慢性前列腺炎患者的病历号, 双号为观察组和单号为对照组。实验组41例, 平均年龄(33.5 ± 7.2)岁, 两病并发病程(1.4 ± 1.1)年。对照组41例, 平均年龄(34.1 ± 6.4)岁, 病程(1.3 ± 0.9)年。两组患者慢性肾脏病伴慢性前列腺炎病情及类型构成、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

【基金课题】辽宁省科技计划项目(2012225021)。

【第一作者简介】邵玲玲(1976-), 女, 主管护师, 主要从事肾内科临床研究工作。

1.1.1 诊断标准 参照美国国立卫生研究所(NIH)制定的慢性前列腺炎诊断标准^[4,5]:症状为尿频、尿急、尿痛、尿道灼热伴有分泌物溢出,排尿费力,或疲倦乏力、失眠、焦虑等;耻区、会阴部、睾丸不适或疼痛、性功能障碍;体征为直肠指镜检查前列腺有肿大、压痛或质地稍硬、表面粗糙、中央沟变浅等;B超前列腺有肿大、表面粗糙及光点分布不均匀等。参考美国肾脏病基金会(NKF)肾脏病生存质量指导(KDOQI)工作组组织撰写的有关慢性肾脏病的诊断标准^[6]:肾脏损伤 ≥ 3 个月,肾损伤的定义是肾脏结构或功能的异常,伴有或不伴有肾小球滤过率的下降,病理学异常或肾脏损伤的标记,包括血或尿成分的异常,或影像学检测的异常。

1.1.2 纳入标准 符合慢性肾脏病伴慢性前列腺炎诊断标准。在做症状自评量表(SCL-90)时,测试结果证实患者有不同程度的心理障碍症状:焦虑、抑郁、多疑、疲乏、恐怖、失眠多梦等,且心理检查结果无明显差异。

1.1.3 排除标准 既往有精神疾病病史和目前有意识障碍疾病患者,合并其它疾病如感染、结核、结石、尿道狭窄、神经源性膀胱者、良性前列腺增生、前列腺癌等。

1.2 方法

两组患者均根据医嘱给予抗生素和中成药治疗,在对慢性肾脏病及慢性前列腺炎的治疗方法方面无明显差异。对照组行常规护理,包括疾病知识及相关注意事项的健康教育,基础生活护理及常规的心理疏导等。实验组在常规护理的基础上,实施针对性干预措施,必要时加用抗抑郁药治疗:(1)建立良好的护患关系:积极主动与患者建立良好的医患关系,尊重患者的人格,保护患者的隐私,尤其是有不洁性接触史的患者,更应该保护其隐私。每位护士均应做到想患者之所想,急患者之所急,让患者感受到护士的责任心和同情心。如果患者有焦虑、抑郁等相关情况,应认真倾听患者诉说内心的感受,然后耐心解答患者的相关问题,解除其相关的顾虑。(2)认知干预:由泌尿外科主任、主治医师和护士长通过查阅相关文献和资料,制订健康教育表。包括疾病相关知识:病因、临床表现、治疗方法和疾病的发生、发展和转归,讲解反复迁延难治的相关因素。配合治疗详细讲解活动与休息、体位、饮食、用药方法等注意事项。并且应该有专职护士分次讲解,避免一次灌输过多导致患者不能接受等相关问题,同时应发放健康教育知识卡,帮助患者理解。(3)心理干预:应及时给予患者心理干预,主要的干预方法包括认知疗法和支持性心理治疗法等。请已治愈的老病人现身说法,交谈自己战胜疾病的心得体会,也是非常有效的措施。主要目的就是缓解患者的紧张情绪和心理压力,让患者对战胜疾病充满信心。(4)情绪干预:为患者提供一些优美的音乐。使患者的情绪稳定平静,让患者在舒缓柔和的音乐声中接受治疗。并让患者在家坚持听相关音乐。改善患者的情绪。(5)行为干预:培养良好的生活习惯,饮食清淡,尽量避免吃辛辣等刺激性食物。少穿紧身衣裤,经常适度的锻炼,避免久坐或长时间骑车。适当多饮水,保持大便通畅。注意个人卫生,经常洗澡清洗外阴,生活应有规律,有正确安全的性生活等。(6)建立家庭支持系统:应尽量取得患者家属的支持,将院外护理知识教会家属尤其是其妻子,给患者良好的情感和心理支

持。两组患者均连续护理1个周,另外采用电话随访的方式进行不定期干预,随访时间为3个月。

1.3 评分指标

评分标准包括:(1)采用病人健康行为问卷调查表,包括病人健康行为和危险行为,有10个问题,分为3个等级(无、偶尔、经常),共30分^[7]。(2)国际前列腺炎症状评分指数表(NIH-CPSI)^[8],包括疼痛、排尿异常和对生活质量的影响(共43分)。CPSI评分疼痛不适与排尿症状评分两项相加范围在0~31分,0~9分为轻度、10~18分为中度、19~31分为重度。总分越高,患者的危险行为越少,健康行为越强^[9]。

1.4 疗效标准

参考文献^[10,11]制定标准:(1)治愈:与较前症状相比评分减少90%或以上,镜检结果显示,白细胞消失或白细胞 < 10 个/HP。(2)有效:与较前症状相比评分减少30%~89%,镜检结果显示,白细胞较前改善。(3)无效:较前症状相比评分减少 $< 30\%$,镜检结果显示,无变化或加重。

1.5 统计学分析

应用SPSS 13.0统计软件分析。计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$,比较采用 t 或 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表明具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 CPSI 评分的比较

干预后,实验组CPSI评分低于对照组CPSI评分,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者 CPSI 评分比较

组别	<i>n</i>	干预前	干预后1个月	干预后3个月
对照组	41	21.21 $\pm$ 4.55	17.04 $\pm$ 3.44	15.69 $\pm$ 2.87
实验组	41	20.32 $\pm$ 4.11	19.11 $\pm$ 3.81	20.03 $\pm$ 4.31
<i>t</i>		0.929	2.582	5.367
<i>P</i>		> 0.05	< 0.05	< 0.01

2.2 两组 QOL 评分比较

干预后,实验组QOL评分低于对照组QOL评分,差异具有统计学意义($P < 0.01$),说明治疗有效。见表2。

表2 两组患者 QOL 评分比较

组别	干预前	干预后1个月	干预后3个月
对照组(<i>n</i> = 41)	9.12 $\pm$ 2.20	6.12 $\pm$ 2.20	5.11 $\pm$ 2.03
实验组(<i>n</i> = 41)	9.35 $\pm$ 1.98	9.12 $\pm$ 1.93	9.12 $\pm$ 1.60
<i>t</i>	0.498	6.564	9.934
<i>P</i>	> 0.05	< 0.01	< 0.01

2.3 两组疗效的比较

对照组总有效率为80.49%,少于实验组总有效率97.56%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表 3 两组患者临床疗效比较

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率
对照组	41	28 (68. 29)	5 (12. 20)	8 (19. 51)	33 (80. 49)
实验组	41	35 (85. 37)	5 (12. 20)	1 (2. 44)	40 (97. 56)
χ^2		3. 357	0	4. 493	4. 493
P		>0. 05	>0. 05	< 0. 05	< 0. 05

3 讨论

慢性肾脏病是一个缓慢发展相对良性的疾病^[12],但若未能及时有效诊治,均可导致病情恶化或随病程迁延,而慢性前列腺炎也是医生与患者所公认的难治性疾病^[13]。邱晓剑等^[14]对合并慢性前列腺炎的慢性肾脏病患者临床病理特点进行分析,认为伴慢性前列腺炎的慢性肾脏病者年龄较大,多为已婚,半数伴大量蛋白尿,具有一定的临床病理特点,慢性前列腺炎可能造成某些慢性肾脏病患者慢性化改变。慢性前列腺炎病常规治疗起效慢,患者容易出现情绪不稳定,对疾病的治疗丧失信心^[15]。另一方面,有些患者由于文化水平和对医学知识不够了解,常误认为前列腺炎是性传播疾病,容易导致患者心理压力增大^[16]。慢性肾脏病伴慢性前列腺炎会引起患者性欲下降和性功能减退,严重影响其生理及心理健康。根据生物-心理-社会医学模式和世界卫生组织推荐的健康定义,健康不仅是没有疾病和病痛,而且还包括身体心理和社会方面的完好状态,亦即不同文化和价值体系中的个体对与他们的目标、期望、标准以及所关心的事情有关的生存状况的体验,是一个多维的主观的综合评价指标^[17,18]。随着医学模式的转变,病人对疾病的认识亦发生了深刻的变化。

相关研究表明^[19,20],慢性肾脏病伴慢性前列腺炎病人多伴有程度不同的精神心理症状,心理压力因素是该病久治不愈的重要原因。在本次研究中,两组慢性肾脏病伴慢性前列腺炎患者均根据医嘱给予抗生素和中成药治疗。对照组行常规护理;实验组在常规护理的基础上,实施针对性干预措施,必要时加用抑郁药治疗。结果表明,对照组总有效率为 80. 49% 少于实验组总有效率 97. 56%,差异具有统计学意义。推测可能是对患者进行心理干预,可以提高患者遵医行为,改善患者不良行为,有利于患者更好治疗。提示慢性肾脏病伴慢性前列腺炎病人进行心理护理,改变其不良的心理状态和行为,对治愈该病起到积极的推动作用。结果还显示,实验组 CPSI 评分明显低于对照组 CPSI 评分,差异显著。此外,干预后的实验组 QOL 评分也明显低于对照组 QOL 评分,差异有统计学意义。提示说明常规药物治疗配合心理干预对慢性肾脏病伴慢性前列腺炎患者生活质量提高有显著作用。

综上,对慢性肾脏病伴慢性前列腺炎病人针对性的心理护理可明显提高患者的治愈率,改善患者生活质量和前列腺症状,具有较高的临床应用价值。

参 考 文 献

[1] 陈晓吟,林仕英,王艳芳,等. 慢性前列腺炎患者对健康教育知识

及途径需求状况调查分析及对策. 现代临床护理,2010,9(6):4-6.

[2] 庄永泽,邱晓剑,杨家辉,等. 慢性肾脏病患者中慢性前列腺炎的发生率及其影响因素. 中国中西医结合肾病杂志,2007,8(11):648-651.

[3] 刘宁,秦素,王万东. 慢性前列腺炎并发症及治疗分析. 基层医学论坛,2010,14(13):405-407.

[4] Hochreiter W, Ludwig M, Weidner W, et al. National Institutes of Health (NIH) Chronic Prostatitis Symptom Index. The German Version. Urologe A. 2001,40(1):16-17.

[5] 徐建春,卢启明,付立杰,等. 前列解毒胶囊联合芦氟沙星治疗慢性前列腺炎的随机双盲对照临床观察. 中华男科学杂志,2010,16(2):183-186.

[6] Eckardt KU, Berns JS, Rocco MV, et al. Definition and classification of CKD: the debate should be about patient prognosis - a position statement from KDOQI and KDIGO. Am J Kidney Dis. 2009,53(6):915-920.

[7] 王权胜,宾彬,唐乾利,等. 慢性前列腺炎患者的心理干预(附 87 例报告). 中华男科学杂志,2011,17(6):562-563.

[8] 王建新,高佃军. 心理干预疗法在治疗慢性前列腺炎中的应用. 现代泌尿外科杂志,2010,15(4):297-299.

[9] 黎池宋. 护理干预对慢性前列腺炎患者心理障碍的影响. 中外医学研究,2012,10(7):64-65.

[10] 周寅翼. 慢性前列腺炎及心理因素的相关性小结. 中医药导报,2012,18(2):99-101.

[11] 王玲,达建萍,吴培培. 慢性前列腺炎患者心理问题的分析与护理. 中国性科学,2012,21(5):6-8.

[12] Anderson J, Glynn LG. Definition of chronic kidney disease and measurement of kidney function in original research papers: a review of the literature. Nephrol Dial Transplant. 2011,26(9):2793-2798.

[13] 翟亚春. 慢性前列腺炎诊疗难点与对策. 中国男科学杂志,2013,27(11):71-72.

[14] 邱晓剑,庄永泽,杨家辉. 合并慢性前列腺炎的慢性肾脏病患者临床病理特点. 中国中西医结合肾病杂志,2010,11(7):603-605.

[15] 余娥娟,严雪珍,刘铁梅. 难治性慢性前列腺炎 200 例心理问题分析及护理干预. 齐鲁护理杂志,2011,17(12):77-78.

[16] 庞军,青梓谦,肖敏. 心理治疗对慢性前列腺炎患者的疗效. 齐齐哈尔医学院学报,2012,32(05):565-567.

[17] 陈腊金. 慢性前列腺炎合并心理障碍患者的心理干预体会. 中国实用医药,2012,07(26):197-198.

[18] 朱少红,陈景宇,谢进东,等. 慢性前列腺炎患者的心理护理干预效果及生存质量分析. 中国医药导报,2013,10(20):109-111.

[19] 郭晓宇,冉令霞,刘照旭. 慢性前列腺炎伴勃起功能障碍与心理因素相关性研究. 护理研究,2013,27(30):3360-3362.

[20] 胡胜,卢强,杨罗艳,等. 慢性前列腺炎患者治疗过程心理干预的意义. 现代生物医学进展,2010,10(08):1482-1484.

(收稿日期:2014-12-08)

· 性社会学 ·

DOI:10.3969/j.issn.1672-1993.2015.07.043

告别“默认的异性恋者”——男女同志身份认同研究

史俊鹏 叶葵

1 北京大学社会学系, 北京 100871

2 华东师范大学社会发展学院, 上海 200241

【摘 要】 本文通过对 6 名男同志和 8 名女同志的半结构访谈, 探讨男女同志身份认同的历程。本文认为, 异性恋中心主义的象征暴力赋予每个个体“默认的异性恋者”身份, 对于具备同性情欲的个体而言, 构建起同志身份认同是一个身份转轨的过程。这个过程由对同性的性欲望和浪漫感受开启, 对基于性向身份的知识的学习贯彻期间, 社会边缘处境和家庭构成认同的过程的障碍, 个体可能为做一名异性恋者而努力, 包括寻求心理治疗、与异性恋爱, 但以失败告终。同志身份的潜台词是一位失败的异性恋者, 但同志身份的意义在于终结误读。

【关键词】 同志; 男同性恋; 女同性恋; 身份; 认同; 象征暴力

End of the “tolerant heterosexual identity”—a study on identification of gay and lesbian SHI Junpeng¹, YE Rui². 1. Department of Sociology, Peking University, Beijing 100871, China; 2. Institute of Social Development, East China Normal University, Shanghai 200241, China

【Abstract】 This research studies the identification of gay and lesbian by interviewing six gays and eight lesbians. Everyone is tolerant heterosexual identity in the context of heterosexism leading to a kind of symbolic violence, especially for those individuals with same-sex eroticism. For them, the construction of homosexual identity is a process of identity transition, which begins with the feel of sex and romance for persons in the same gender. They acquire relevant knowledge on the basis of their sexual orientation. Marginalization and family structure account for the impedance of sexual identity. As a remedy, individuals try their best to be straight. For instance, they may turn to psychotherapy or go into a normal male-female relationship, which are proved unsuccessful. The subtext to homosexual identity is a failed heterosexual. This identity, however, succeeds in terminating the misreading of sexual identity.

【Key words】 Tongzhi; Gay; Lesbian; Identity; Identification; Symbolic violence

【中图分类号】 C913.13

【文献标志码】 A

中国知识界早期对于同性恋的研究, 逃脱不了他者化的思维模式, 表现在两个方面, 一是病理化思维, 二是对成因的执着。早期的研究大量运用“医学”、“心理疾病”的范畴, 将同性恋定位在疾病层面不在少数, 如陈仲庚(1985)的《变态心理学》、阮芳赋(1985)的《性知识手册》、高彩芹(1989)的《性与人生》、刘燕明(1989)的《性偏离及其防治》等, 以及一些精神病学著作如上海医科大学主编的《临床精神病学》、北京医科大学主编的《精神病学与相关问题》、夏镇夷主编的《实用精神病学》等研究, 都认为同性恋是性倒错、性变态、性变异、性偏移, 或是性心理障碍。直至刘达临与鲁龙光^[1](2005)主编的《中国同性恋研究》在探讨中国同性恋的历史、行为、观念之外, 依然将同性恋视为疾病, 探讨矫治与预防。

李银河与王小波^[2](1992)的《他们的世界: 中国男同性恋群落透视》以及李银河^[3](1998)《同性恋亚文化》是中国大陆社会学界对于同性恋最早的研究, 虽然其强调反对文化中心主

义的立场, 但依然受到他者化思维的影响, 着墨很多探讨“形成原因”。汪新建、温江红^[14](2002), 倪晓昉、沐炜^[15](2003)也在对先天论、后天论、共同决定论进行梳理。李玉玲^[16](2006)在《同性恋是怎样发生的》一文明确提出同性恋发生的真正原因是在于性情绪的作用, 无论性别与性取向, 恋爱的发生原因都是性情绪。即便研究者已经把着眼点聚焦于身份认同的时候, 杨玲、谢远俊(2011), 王中杰、冯成亮、耿耀国(2012)对于同性恋身份认同的研究依然纠缠于父母养育方式等问题。后天论常诉诸童年经历、家庭养育方式、成长环境等因素, 比如李银河^[7](1991)“空白占据”理论。

21 世纪以来社会学意义上的同性恋研究注意到, 1990 年代以来, 在中国大陆, 同性恋作为一种身份开始形成。在周华山(2000)^[8]书写中国的同性情欲史中, 中国传统文化对性的内在价值不做评价, 从社会而非性的角度看待家庭, 对性有一种灵动的理解, 缺乏对性的同性/异性二元划分, 对同性情欲宽容(tolerance), 但不意味着接受(acceptance); 随着近代与外国战争的失败, 中国的知识分子为了追求现代性, 引入了西方性学知识, 这套知识将所有非生殖的性病病理化, 而 1949 年之后的很长一段时间, 中国又与西方世界的同性恋运动失之交臂。Lisa

【第一作者简介】史俊鹏(1990-), 男, 在读硕士研究生, 主要从事社会学研究。

Rofel^[9] (2007) 认为随着 1990 年代以来, 城市生活和消费文化兴起, 使得大城市中出现许多男女自称自己是同性恋者 (gay and lesbian)。魏伟^[10] (2012) 在成都的男同志社群的研究结果中指出, 中国曾让同性恋欲望的男性获得异性恋身份的传统已经失去现实意义, 人们选择同性恋的生活方式以实现欲望与身份的统一, 身份意识、技术革命和全球化促成了同志身份的兴起, “同志”是 gay 的本土化的产物。“同志”是来自港台的话语, 是连接全球化和本土化的性身份的折衷之策^[11]。

本文通过对 6 名男同志和 8 名女同志的半结构访谈, 探索其察觉自我情欲, 建构起同志身份的历程。西方学界对于同性恋认同的理论模型包括本质论和建构论两种取向, 本质论认为确立身份是发现自我的过程, 阶段论色彩鲜明, 而建构论无意于寻找通用模型, 着重探究影响认同的因素, 但牺牲了心理过程信息^[12]。对于性倾向长期以来存在的先天说与后天说的争论, 本文无意参与其中, 无意将性倾向的成因视为一个需要回答的问题。本文的焦点在于同志身份, 身份是在后天的社会生活中所构建起来的, 本文考察具有同性情欲的人如何在异性恋中心主义的社会中建构起同志身份, 而同志身份又具有怎样的意义。本文所书写的并非所有人的认同路径, 而是身处异性恋中心主义所造成的困境中的行动者的实践方式、实践过程以及意义世界。访谈的过程中, 笔者针对何时意识到同志身份、所做反应、周围人际关系处理等问题进行半结构性访谈, 笔者给予受访者更多自由描述的空间, 力图全面了解受访者构建身份的过程。

受访者列表:

小 A: 女同志, 自称 T^①, 山西人, 南京在读研究生

小丁: 女同志, 自称 P^②, 安徽人, 大学毕业三年, 上海工作

大成: 女同志, 自称 T, 武汉人, 大学毕业, 上海工作

小 M: 女同志, 自称 H^③, 重庆人, 广西在读研究生

哈鱼: 女同志, 自称 T, 辽宁人, 大学毕业, 杭州工作

昭昭: 女同志, 自称 H, 西安人, 江苏在读研究生

小 Y: 女同志, 江西人, 大学毕业, 深圳工作, 28 岁

飞飞: 女同志, 自称 T, 浙江人, 初中毕业后上海工作, 23 岁

小磊: 男同志, 广西人, 贵阳市居住

阿彦: 男同志, 广东人, 深圳居住, 25 岁

小聪: 男同志, 山东人, 深圳在读研究生

H 哥: 男同志, 四川人, 深圳居住, 37 岁

大卫: 男同志, 四川人, 深圳居住, 30 岁

天明: 男性, 接纳自己喜欢同性的事实, 但尚未接纳同志身份, 上海在读研究生, 23 岁

1 默认的异性恋者

关注同志身份的研究者们意识到同志身份是建构起来的, 却忽视了同志们在“成为”^[13]一位同志之前, 他/她是谁? 同志从感知自己的情欲开始逐渐建构、找寻同志身份, 但是在此之前, 他们处于何种状态? 他们有身份吗? 如果有, 他们的身份是什么? 在以往的研究中所呈现出来的景象中, 在为自己建构起同志身份之前, 他们仿佛是没有身份的。然而, 正如美国旧

金山男同性恋领袖哈瑞·布瑞特^[14] (Harry Britt) 在卡斯特的访问中所指出的: “当男同志们四散分居的时候, 他们并不是男同性恋, 因为他们是隐形的”。为什么是隐形的, 为什么能够做到隐形, 因为异性恋的合法性是默认的, 如果一个人什么都不说, 那他/她就是异性恋者, 一个“默认的异性恋者”。在中国大陆的青年人中流行的玩笑语, “每一个人在遇到自己喜欢的同性之前都以为自己是异性恋”, 传达了同样的信息, 即作为异性恋的身份是默认的, 其合法性被默认而不言自明。

这正是异性恋中心主义为生存于社会中的所有入确立起的象征暴力。布迪厄认为象征暴力是一种沉默的暴力形式, 它强制规定了何为正当: “正统观念的力量……在于它把来自历史区分的特性变成体现一切自然特征的被归并的配置。这些配置通常与促使它们产生的客观限制配合得天衣无缝, 以致它们包含了一种对这些限制的心照不宣的接受形式。当它们与统治者相联系, 就表现为不明确的、中性的和普遍的属性……而当它们与被统治者相联系, 就表现为‘差别’, 也就是说需要辩解的否定的标志、缺陷甚至耻辱的烙印。”^[15] 异性恋中心主义的象征暴力, 将异性恋的生活方式塑造为普遍的、自然而然的、心照不宣的。过去, 同性恋的社会能见度不高, 象征暴力一方面表现为拒绝承认这个世界上有同性恋存在, 另一方面则对同性恋污名化, 比如认为其道德败坏、心理疾病; 而随着同性恋的社会能见度逐渐提高, 象征暴力表现为, 让每一个个体都相信自己是异性恋, 不是同性恋。具有同性情欲的个体只有在感知到自己的欲望时, 才会对这种确信构成挑战。

家庭同样是塑造“默认异性恋者”的重要场所, 这体现在三个方面, 其一是亲属制度的设计, 其二是熟人社会与“面子”, 其三则是情感层面上, 家庭对于孩子的期待。“默认的异性恋者”的基础是亲属制度及其对子孙绵延的期望。中国传统文化从社会的角度而非并性的角度看待家庭^[8], 传统家庭的基础不是基于爱和性, 而是基于婚姻与生育, 在亲属制度中获得位置, 履行一个好儿子/媳妇、好父亲/母亲的职责。富晓星^[11] 认为, “在汉人社会没有公开按性作为人群分类的传统, 因为我们的文化默认的就是异性恋文化而无需加上任何修饰”。婚姻不仅包括个体, 而且包括整个家族亲属制度, 婚姻体现社会地位、财产的分配与流动^[16]。在中国的历史与实际中, 伴随亲属制度的“孝”文化, “不仅体现在儿子尊重、侍奉和服从父母的行动上, 更重要地在于延续香火”^[11]。独身、同性恋、不要孩子, 都有可能被指责为“不孝”。当代涉及对同性婚姻的讨论时, 性、婚姻、生育、伦理之间张力则更为明显, 寇迪^[17] (2008) 认为“在伦理结构中, 只要自由与欲望被接受, 同性性行为会被伦理肯定, 但婚姻立足于人口生产的基点、对人类生育行为规范的制度, 同性婚姻在任何社会都逃不开生育标准的道德否定”。以此, 亲属制度确立起了一套以异性恋为基础的秩序。Lucetta Yip Lo Kam^[18] (2013) 挑战中国文化对同性恋“宽容”的说法, 认为中国家庭给非异性恋者施加自我羞耻感 (self-shaming), 因其在保证家庭的面子上的失败, 要其保持沉默与不可见的状态。当

① Tomboy 的缩写, 在女同文化中, 意指打扮偏向传统的男性特点, 或是在恋爱关系中处于较为主动的一方。

② Pretty Girl 的缩写, 在女同文化中, 意指打扮符合传统女性特点, 或是在恋爱关系中处于较为被动的一方。

③ 意指在自我的角色定位上并不区分 T 与 P

下,中国家庭对于幸福的理解通常是家庭稳定、事业有成、有房有车,虽不明言“子孙绵延”,但幸福画面中的一夫一妻、一到两个孩子,无疑是异性恋式的。情感层面上,同性恋的性倾向因其违背了父母对子女的期待,会对同志子女和他们的父母构成一定的伤害。

哈鱼:“我跟我媳妇分手,我很痛苦,我出柜了,媳妇的爸妈知道以后,逼着她相亲,嫁给了男人,我不怪她,可能换做是我自己当父母,也没有办法接受女儿跟着T,终归不能接受。”

传统家庭没有办法接受自己的女儿“嫁给”一个T,哈鱼(T),东北人在杭州读完大学,留在了杭州,在女同志的语境里,哈鱼是个地道的爷T,男人的打扮,男人的行为方式。但无论如何,亲属制度所确立起来的逻辑不可能承认她们两个人的结合,最终她的女友步入了异性婚姻中,此时履行一个好女儿,以后履行一个好妻子、好母亲的职责。

我们这样来理解同志身份的建构过程,其身份是由一位异性恋者转向同性恋者(同志)的。从情欲的角度,不能认为个体是由异性恋变成了同性恋,但从身份的角度却是这样的,同性恋身份(同志)的基础是情欲,但异性恋身份则来源于象征暴力的默认。

2 性向的自我认知

对于一个具有同性情欲的“默认的异性恋者”,需要一些契机去感知到他/她的同性情欲,通过访谈,受访者诉说自己的故事,也是整理记忆的过程,透露出事件对于当事人的意义。受访者所追溯到的记忆里的起点,涉及到若明若暗的浪漫感受,以及性的欲望。

李银河^[3](1998)将同性恋身份的自我认同的方式分为两类,一类是无师自通,一类是被人引导,而无师自通的共同点是“处在一种朦朦胧胧、若明若暗的状况之中”。本文的受访者很多都能追溯到最初在情感上的一个朦朦胧胧的时刻。

天明目前在上海读研究生,针对如何察觉到自己喜欢同性这一点,他谈到小时候如何受到同性的吸引,他把自己的历程追溯到了十一二岁。天明小的时候是一个受欺负的小男孩,和一个孩子王是好朋友,这位好朋友既欺负他,但又会和他谈心里话,这让天明对这段友谊有着非常矛盾与复杂的看法。天明讲述了他们闹矛盾和好、谈理想谈感情、帮他追女孩的经历,“当时我没有意识到这是什么,但是我意识到我很需要他”。我们难以把天明这一段经历和恋爱(同性恋)挂上钩,但是这种浪漫而又亲密的这种感觉对他而言是很重要的,是他能在自己的意义世界中追溯到的最早的时间点与经历。

与女同志(拉拉)的访谈也表达出相似经历,初中时对女生最初的保护欲是小A所能追溯到自己可能喜欢同性的开始,“有次体育课,她跑步摔倒了,特别担心她,就冲上去扶她”。让小A确定自己是个拉拉,则是在高中,出现了“第一个真正意义上的交往对象”,“有次教室就剩我跟她,我就亲上去了,她没拒绝我,感觉互相都知道该亲了,后面就在一起了”。小丁(女),大学毕业三年,目前在上海工作,大学时身边有同学是同性恋,但却从未把自己往同性恋上联系,后来遇到一个学妹,“很清爽的,帅气,阳光,几个美好的词汇就蹦出来了”,直到一个晚上学妹喝酒之后的告白,“内心还是有纠结的,就感觉为什么要说出来呢,不说出来就这样的相处不好吗,就感觉突然要去捅破这

个窗户纸,面对,心里很不安”。

在本文的受访者中,女同志飞飞的情况贴近李银河^[3](1998)所说的“被人引导”。

飞飞的认知开启于看到同事的女女性行为,自己进入“圈子”之中也是由同事带入的。那时在酒店工作的她住在集体宿舍里,一次夜班回去,看到同事与另一个女生的性行为。“我当时完全呆住了,自己那个时候也有16岁,床上的事情,男女肯定知道的,一下子两个女生,确实有点不知所措,就赶紧去我自己床上拉上帘子睡了。”后来三人聚会,同事的女伴说飞飞“要是头发更短点,没准也迷倒一群人”。

“之前我同事就跟我说过,其实我有T的样子,确实也是从那以后,开始跟我同事后面,穿衣服打扮,跟着她在她的交际圈里找女朋友。”

李银河^[3](1998)认为无师自通和被人引导是实现同性恋身份认同的方式,本文并不同意这一点,本文认为李银河所书写的并不是身份认同,而是如何察觉到自己的情欲并走上了同性恋(甚至只能说是同性性行为)的道路。李银河的研究进行之时,同性恋的身份在中国大陆还在形成之中^[10]。

一套关于性倾向及其身份的知识,对于具有同性情欲的人开启自我认知的大门是至关重要的,部分受访者过去曾对同性有好感,想要亲近的感觉,但长期以来都没有这方面的知识,无法描述自己、定位自己。而一旦获得了这一套知识,自己的故事与感受就获得了一种表达的途径,也开启了认知的空间。亦有受访者起初认为自己喜欢了一个人,那个人是同性,但在这套知识的影响之下,建立起同志的身份意识。即如Harre^[12]所言,身份的发展是对各种理论的借用。在当代社会,大众传媒的发展,书刊、影像众多,尤其是互联网新媒体的兴起推动了这种知识的传播。许多对于中国大陆男同志和女同志的研究^[10,18],都注意到互联网在推进身份认同上所扮演的重要作用。西方与港台的同志运动由现实转向网络,而在中国大陆,认同的苏醒与形成完全借由网络打开^[19]。这其中的风险在于,网络所提供的信息对于同志的看法未必完全正面,2009年大学毕业的小磊(男)在初中时候意识到对同性的爱慕,于是上网了解知识,但这种知识中也包含了“变态”的话语,以至于他在一段很长的时间里都认为自己有“心理疾病”。但无论如何,在传统媒介难以提供知识的时候,互联网提供了传播的平台,并且在网络空间中正面的知识愈来愈有优势。

除了小磊之外,天明(男)、H哥(男)和小Y(女)也是通过网络获得这方面的知识,以明确自己的性倾向。天明在初中的时候想要去查证喜欢同性这件事了,他在网上找到相关知识,也找到成人电影(AV),呈现男男性生活的视频让他感到“兴奋”,呈现男女性生活的视频则感到“恶心”。H哥意识到自己是同志已是36岁,那时还生活在异性婚姻之中。过去虽然有想过与男性亲密的想法,但自己从来没有往“同性恋”上面联想。与朋友喝茶时,新闻中报导一对同志结婚。虽然他与朋友们都表现嗤之以鼻的态度,但是自己却受到“刺激”,回家之后便上网搜索“XX同性恋”,“从那一刻开始,可能我的思想就渐渐变化,这是事实,也就是比较偶然吧”。小Y在她读书的期间,无论是校园中还是家中都没有人会谈论同性恋的话题,结婚生子

以后对于女孩子的感觉越来越强烈,在很迷茫的状态下,她在网络上获得了相关的知识。

大卫(男)的不同之处在于,他在中学期间就已经有明确的自己喜欢男生的意识,但是他对于自己并没有从身份的角度进行理解,直到网络兴起,开始上网之后逐步建立起身份与群体的意识。

大卫:“我不知道我是属于这个人群,我只知道 OK,我就是喜欢一个人而已,就这个意思。我读中学的时候,也有同学,包括女同学也是这种情况,所以也没有这是同性恋这是同志怎样,我就觉得,诶,喜欢一个人很正常。”

大成(女)则是通过一部电影中两个女性之间亲密的行为举止而联系自身。

大成:“对女生挺有好感,嘻嘻,只是不知道是一种什么样的感觉,后来看了一部电影,里面有两个女生接吻等等的情节,就明白了,原来两个女生也可以。”

小聪,在深圳某高校就读的学生,对自己在性向方面一直都是模糊的感觉。

小聪:“后来好像有段时间,好像‘基佬’这个词特别流行,然后我就知道同性恋这个词,然后我就知道原来自己是同性恋,对症下药。”

正如彼得·伯格的论述:“因为语言具有分类和定型的能力,所以它才能将各种体验匿名化,使得凡是被定型分类的经验均可延用到所有属于该范畴的人身上”^[20]。长期以来自己模糊的感觉在面对这一套话语的时候变得明确,这是主体的感受与知识结合的过程,“对症下药”,让自己对情欲的感觉可以被表达出来。

3 身份的排斥与认同

3.1 认同的障碍及其后果

3.1.1 认同的障碍

许多模型都将从意识到自己对同性的情欲,至接纳自我的身份,纳入一个认同的历程模型中。Cass^[21](1984)的模型包括六个阶段:身份困惑、身份比较、身份容忍、身份接受、身份骄傲、身份整合;Troiden^[22](1989)的四阶段模型是身份感知、身份困惑、身份假设与身份固定。然而,本文认为,现实中,认知到自己的性倾向与接纳自己的身份中间存在着断裂。

自己对同性的情欲,天明能够接受:“我很自然而然接受了,我高中的时候我才去查证,查证之后确实是,我也没有多想,很淡定”。但这种接受仅限于认识到自己在生理、心理层面的性倾向,他并不愿意接受同志身份,恐惧深藏于内心之中。

天明:“我身份到现在都没有确认,(确认的)就是生理上的这个倾向。因为跟它还是不被主流社会认可吧,然后其实我不太想当一个比较边缘的人。我要承认这个东西会需要足够的胆量。目前对我而言,同性恋还只能是一个他者,不是自我。因为我对同性恋者的理解是,同性恋者更多是一个社会性的角色,我现在还没有办法认同这个,对我而言。我现在只是在欲望上认同,情感上和倾向上。”如果涉及到出柜的问题,“我一般会跟别人说‘我喜欢男孩’,但我不会说我是同性恋,也不会说我是 Gay,我只会说我喜欢男孩”,这样的表达绕开了身份的问题。

“害怕边缘”是天明对于同志身份不能接受的原因,在异性恋中心主义的象征暴力中,异性恋被视为普遍与正常,而同性恋则以他者的模样存在。“被统治者把从统治者视角出发建构的范畴用于统治关系,因此使统治关系看起来是自然而然的。这就会导致一种有系统的自我贬值,甚至自我诋毁。”^[15]无论自己的性倾向如何,对于一个默认的异性恋者来说,同志就是他者。在这样的情况下,当天明面临出柜的问题时,他的语言使用也充满了策略性,可以说出自己的偏好,但一定绕开身份。天明也很害怕参加学校或社会上的同志的活动,因为他认为那样的公开“就像自己的秘密被别人看穿了,自己的一生被别人看穿了,就感觉惴惴不安”。中国历史上缺乏同性恋/异性恋的二元划分,同性情谊未必体现为个体身份,使得同性情欲的肯定态度不一定导致对同性恋身份的积极认同^[10]。与魏伟所写情况不同的是,在上海这样一个大都市之中,同志已经作为一种身份存在于社会中,个体无法接受身份,即行为与身份的分离,很大程度缘于同志被配置的边缘处境。

家庭亦是认同的障碍,亲属制度、熟人社会、情感层面的家庭期待塑造了“默认的异性恋者”。身为同性恋意味着违背家庭对自己的期望,甚至是伤害父母的感情,人们通常认为关系最亲密的家庭必须成为表演、伪装、隐瞒真实自我的前台。天明23岁,父母开始问他怎么还没有女朋友,这种询问对他是一种困扰。

天明:“对我造成的干扰是我没有办法非常坦诚得面对情感,没有办法很坦诚地跟他们谈论这个事情。总是要撒谎,或者沉默,或者避而不谈。我觉得这个对我是比较痛苦的事情,因为我不想当一个不诚实的人。但我觉得我一旦坦白自己的话,会对他们构成一种冒犯。因为我觉得他们会不理解,可能一谈就会谈崩了。”

3.1.2 为做异性恋者而努力

即便感知到了自己对同性的情欲,但生活在异性恋中心主义文化下的个体依旧试图使自己是一位异性恋者,做一位“正常人”。在本文的受访者中,他们的方式包括:尝试和异性交往,以及寻求心理治疗以“治疗”同性恋。

小丁(女)抱有的想法即是,与男生恋爱“试试看”,对她而言,疏远女生,接近男生,是一种去做异性恋的方式。

小丁:“被学妹表白过,我刻意有疏远她,然后也刻意多接触一个班上的男生,那个时候,就是觉得要是那个男生也有点想法,就在一起试试看。”

上文提及小磊,初中的时候意识到自己对男生的爱慕,网络上查询的知识涵盖“变态话语”,小磊一直认为自己有“心理问题”,希望以后可以求助于心理医生。他在很长的时间里抱有这种想法,不过他并没有真的去找心理医生,原因在于羞耻感,对他而言这是难以说出口的事情。也曾有过尝试和女性交往的想法,但是这种想法并没能让他真的与女生走向恋爱,面对向他示爱的女性,他的感受非常明确,即没有办法和女性恋爱。

小磊:“女孩子喜欢我嘛,我没说同意不同意,就做朋友嘛,有时候约她看电影啊约她去干嘛,没有想牵手的欲望,她来挽我的手我就觉得很不自在了。不行!”

对自己的性倾向有比较明确的认知的天明,同样也有尝试和女性交往的经历,天明向一位女同学表白,这场表白没能使得他们进入恋人的关系,天明反而在表白之后心理和感情上非常痛苦。

天明:“因为我觉得我不爱她,但是当我说出那句话的时候我才意识到我不爱她,就是我不可能像对恋人一样爱她。”

而对方是他的好朋友,她的回应也直接触及了问题的核心。

天明:“她问了我三个关于爱情的问题,反正问得都很彻底,你没有办法不去面对的。她问我,第一个,你真的爱我吗?第二个,如果我们两个在一起,会和现在的状况有什么根本区别吗?还有第三个问题是,不知道,忘了。反正这两个问题我都答不上来,都要扪心自问的问题,那我不能对她撒谎了。”

25岁的阿彦是一个同志组织的核心志愿者,在大学时期确认自己是同志,在经历了两段失败的恋爱之后,他开始恐惧,同时家里开始给他介绍女朋友。他开始想要“变回”异性恋。

阿彦:“我对女孩子还是有好感的,说不定我可以变回异性恋,这样我就不用受伤,也不用担心父母人会伤心。”

他在网上发现了有诊所宣称可以“治疗同性恋”,于是他开始去接受治疗。医生使用电击疗法以及精神折磨,让人相信同性恋很糟糕,对不起家人,治疗共花去了他一万多元的积蓄,但是没有效果,并且造成了焦虑、失眠等身心问题,身心交瘁。无奈的情况下,他与自己的叔叔商量,告诉了叔叔自己可能是同志,叔叔认为他是同性恋可以理解,于是让他停止了治疗。而这段难以启齿的经历对于他而言,让他认识到他无法改变。

除了尝试心理治疗、尝试与异性交往,还有很多人则是自我否认,都是许多同志在异性恋中心主义社会中所经历的一个阶段,它是一种为在社会上和家庭中做一个“正常人”的努力。这个阶段也意味着,对于具有同性情欲的人们来说,做异性恋者的努力最终以失败告终,而这最终指向承认这无可否认、无法逃避的同性情欲。

从他们的故事之中,可以发现在社会的符号层面上,“失败的异性恋者”是同志身份的潜台词。所谓“我是同性恋”,一定是和“我不是异性恋”联结在一起的。异性恋中心主义的象征统治赋予了每一个个体“默认的异性恋者”身份,在社会层面,同性恋即是对默认身份的偏离,所谓变态、心理疾病、与异性交往受挫等说辞都指向其身是一个失败的正常人、“失败的异性恋者”。个体在“默认的异性恋者”向同志身份的转轨过程中,常包含为做异性恋的努力,以及这种努力的失败,在这个过程中,同志身份的潜台词是“失败的异性恋者”,最终,为了同志身份,必须要与异性恋的可能性决裂。而酷儿理论家所批判的同性恋/异性恋二元对立,正是异性恋中心主义的产物。

3.2 迈向自我认同

在身份认同的路径中,自我认知的下一步则是自我认同。对不同个体而言,自我认同的情形可能呈现很大差异。本文从访谈中总结对于认同提升有重要帮助的几个因素:社群所提供的社会支持、榜样的力量、对家庭接纳更为正面的看法、经济独立。

小磊的一直没有去和同性恋爱,也难以将自己的事情和别

人说起。大学毕业工作的第一年,一个人发呆的时候,突然意识到自己应该去和同性恋爱。

“我就坐在电脑面前,坐在办公室,可能当时在休息,可能当时没有事做,发呆了一会。然后脑袋就蹦出了一句话,就是,十年,人生几个十年,就这样,就开始想去,那给我几年时间,我想要,内心想要的一种生活,里面把对男性的爱啊什么,都迸发出来,想去找男性尝试一下,所谓同性恋之间的爱情。”

以此为契机,小磊开始走入圈子中,但自我认同的路却没有结束。在一段时间中,小磊的同志生活都是在“黑暗”中的,晚上到酒吧,那时他认为自己过个几年之后,还是要“退圈”、与异性结婚,走向“正常”的路。后来,他加入了本地的同志公益小组,接触到了关于美国“夫夫”的资料,看到同性恋亲友会中一些同志的母亲站出来支持同性恋,参加了同志亲友恳谈会,了解到“同妻”们这生存处境,这些都对小磊有非常大的触动。对于中国同志而言,家庭、婚姻、同性伴侣的未来,都是令人苦恼的事项,而小磊所接触到的事情都直击这些事项,榜样的力量、许多出柜成功的案例、与同志家长的沟通,对“同妻”境况的了解,对他形成了很大的鼓励。随着这些重要事件的出现,小磊开始打消结婚生子的念头,自我认同得到一步步增进。

在女同志中,昭昭也打消了走入异性恋婚姻的念头,她的自我认同的提高则与经济独立联系在一起。

昭昭:“我现在工作挺稳定的,可以照顾好自己的生活,对于找个男人真正结婚,我经济独立以后就知道这样是不可能的,至于形婚,我有考虑过,认识一个拉拉组织的姐姐,她也是形婚的,但是目前都不成熟,就是有过这样的想法。”

在小磊和昭昭的个案之中,可以分析出增进认同的几个重要因素。首先是集体的力量,小磊加入本地同志公益小组,这是获得集体力量的方式,获得新的社会支持,消除孤独感与耻辱感。与商业化和性色彩浓厚的酒吧空间不同,同志组织的实践包含对同志长远生活的追求。社会与同志圈普遍认为同志圈子很“乱”,很多人对同志生活缺乏信心,在这样的情形下,同志组织的实践对于认同有非常积极的作用。美国的“夫夫”对其而言意味着榜样的力量,新的对未来的想象,与异性结婚生子原本被视为唯一的剧本,但榜样让作为行动者的他意识到新的剧本的可能性。2008年成立的同性恋亲友会的最重要的形象是“站出来的母亲”,对于许多同志而言,他们第一次意识到有父母愿意支持同志,亲友会虽非亲生父母,却是父母的象征,是巨大的鼓舞力量,得到象征意义上的家庭的支持。在家庭构成认同障碍的环境中,亲友会让同志增进应对家庭的信心。

小磊:“我们并不是孤单的群体,既然有那么多妈妈可以接受自己的孩子,那我相信自己的父母也会,我要用什么样的方式能让家里接受我。”

昭昭的情形中可以探见经济独立对于认同的重要性,其意味着做真实自己的实力。对比中国大陆改革开放前后在社会分层中占主导地位的标准,已由政治身份转向了经济实力。在大城市中生活,并且实现经济独立意味着降低对于亲属制度的依赖,过上自己的生活。经济上的成功带来社会与家庭的尊重与承认,能将人从遭社会排斥的范畴(socially undesirable category)中“拯救”出来,生活品质 and 物质保证对于出柜成功很

关键^[18]。

4 同志身份的意义:终结误读

认同的身后是意义,扎根于人们意义世界之中。卡斯特认为,“认同是人们意义与经验的来源”,而当认同指向行动者时,它是文化基础上建构意义的过程,“而这些文化特质是在诸意义的来源中占有优先位置的”^[14]。卡斯特将认同的形式与起源区分为三种形式:合法性的认同、拒斥性的认同以及计划性的认同,拒斥性认同可能会发展出一些计划,而顺着历史演进迈向合法性认同。

同志的身份认同在社会的历史脉络中同时呈现拒斥性认同与计划性认同的特征,拒斥性认同由“在支配的逻辑下被贬抑或污名化的位置/处境的行动者所产生,他们建立抵抗的战壕,并以不同或相反于既有社会体制的原则为基础而生存”^[14],而计划性认同的特征在于基于获得的文化材料,“建立一个新的认同以重新界定他们的社会位置,并藉此而寻求社会结构的全面改造”^[14]。在一整套新的知识的作用下,社会对于同性恋的污名在行动者这里被翻转成了自我的正面认同,同志社区也被建构并浮出水面。“拒斥”与“计划”,使得长期共享着否定性社会评价的同志们聚集,以新的知识资源为自己的生活做注解,打开身份政治的大门。

社会变迁使得同性恋从行为转向身份,当同志在社会的层面已经是一种身份时,对每一个具有同性情欲的个体而言,逐步建立起同志的身份认同成为重要的任务。作为一种象征统治,异性恋中心主义让每一个个体都以为自己是一位异性恋者,所以身份认同的过程是一个让误读终结的过程。布迪厄以“同谋”关系来说明在男性统治中,女性内化、同意父权制意识形态的情形,统治者与被统治者共享了同一套认识工具,“而这些工具不过是统治关系被归并的形式,它们使这种关系看起来是自然而然的”^[15]。这构成了误读的形式,让制度的受害者同意这一套使自己置身于不利地位的知识与统治形式。而对于具备同性情欲的个体而言,误读就在于接受了异性恋中心主义所构建的一整套知识,无论是同性恋不存在,同性恋是病,还是同性恋只是少数人的事,这套知识对个体而言都指向“我定是异性恋”的信念。在布迪厄的论述中,解放的可能就在于象征统治的受害者与统治者同谋关系的中止。认同指向于在主体的意义世界中,如何回答我是谁的问题。当具有同性情欲的人们完成了“同志”的身份认同,就意味着与“默认异性恋者”身份的决裂的过程走向了终点,异性恋中心主义所造成的误读走向终结。

本文所写身份转轨的是个体的自我认同之中身份的转轨,个体自我告别“默认的异性恋者”。本文所写的为做异性恋者而努力,意指试图改变自己的情欲,让自己的性倾向是异性恋。而在现实社会中除了试图让自己的情欲是异性恋的情欲之外,还有许多获得外在的异性恋者身份的实践,包括与异性结婚(同直婚姻)、形式婚姻^①,不能武断认为他们自我认同不好,即便是本人的认同已经告别了“默认的异性恋者”,但依然要展现

自己的异性恋者身份,对象或是父母,或是亲戚朋友,或是工作场所的同事、领导,甚至是整个社会,在他人眼中维持异性恋者的形象。

参 考 文 献

- [1] 刘达临,鲁龙光. 中国同性恋研究. 北京: 中国社会科学出版社, 2005.
- [2] 李银河,王小波. 他们的世界: 中国男同性恋群落透视. 太原: 山西人民出版社, 1992.
- [3] 李银河. 同性恋亚文化. 北京: 今日中国出版社, 1998.
- [4] 汪新建, 温江红. 同性恋成因的理论探讨. 医学与哲学, 2002, 23(4): 1 - 4.
- [5] 倪晓昉, 沐炜. 关于同性恋成因研究综述. 红河学院学报, 2003, 1(2): 45 - 49.
- [6] 李玉玲. 同性恋是怎样发生的. 中国性科学, 2006, 15(3): 32 - 41.
- [7] 李银河. 中国人的性爱与婚姻. 郑州: 河南人民出版社, 1991.
- [8] Wah - Shan Chou. Tongzhi: Politics of Same - Sex Eroticism in Chinese Societies. Routledge, 2000.
- [9] Lisa Rofel. Desiring China: Experiments in Neoliberalism, Sexuality, and Public Culture. Duke University Press Books, 2007.
- [10] 魏伟. 公开: 当代成都“同志”空间的形成和变迁. 上海: 生活·读书·新知三联书店, 2012.
- [11] 富晓星. 空间·文化·表演: 东北A市男同性恋群体的人类学观察. 北京: 光明日报出版社, 2012.
- [12] 何式凝. 香港男同性恋者的身份认同: 一种社会建构. 载于何式凝, [加]曾加达. 情欲、伦理与权力: 香港两性问题研究报告. 北京: 中国社会科学出版社, 2012.
- [13] Plummer K. The making of the modern homosexual. Hutchinson, 1981.
- [14] [美]纽曼尔·卡斯特. 认同的力量. 北京: 社会科学文献出版社, 2003.
- [15] [法]皮埃尔·布尔迪厄. 男性统治. 北京: 中国人民大学出版, 2012.
- [16] 王晴锋. 认同而不“出柜”——同性恋者生存现状的调查研究. 中国农业大学学报(社会科学版). 2011, 28(4): 142 - 153.
- [17] 寇迪. 同性恋的伦理审视与法律调整. 哈尔滨: 黑龙江大学, 2008.
- [18] Lucetta Yip Lo Kam. Shanghai Lolas: Female Tongzhi Communities and Politics in Urban China. Hong Kong University Press, 2013.
- [19] 吴畅畅, 赵瑜. 同志、身份/认同与空间——对中国内地同志网络空间生存及(集体)行动可能性之探查. 2006 中国传播学论坛. 中国广东深圳, 2006.
- [20] [美]伯格, [美]卢克曼. 现实的社会构建. 北京: 北京大学出版社, 2009.
- [21] Cass VC. Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. The Journal of Sex Research, 1984, 20(2): 143 - 167.
- [22] Troiden RR. The formation of homosexual identities. Journal of Homosexuality, 1989, 17(1 - 2): 43 - 74.

(收稿日期: 2014 - 10 - 20)

① 指一位男同志与一位女同志结婚,但这种婚姻形式有多样的实践形式,许多行动者不告诉父母,但也有告知的情况